



Plan stratégique pluriannuel 2007-2011

Plan stratégique pluriannuel 2007-2011

Mars 2008

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

Québec 

Adopté par le conseil d'administration lors de la séance du 26 mars 2008

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN 978-2-89548-471-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-89548-472-1 (version PDF)

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

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2008

REMERCIEMENTS

L'Agence remercie les directions générales des établissements, les membres de leur personnel et les représentants de divers groupes qui ont contribué, de près ou de loin, à la préparation du plan stratégique pluriannuel. Le contenu de ce plan puise une partie importante de son contenu dans les travaux de nombreux comités qui ont servi à déterminer les balises régionales des projets cliniques et organisationnels des centres de santé et de services sociaux.

L'ÉQUIPE DE TRAVAIL DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

Recherche, analyse et rédaction

Madame France Boivin, conseillère cadre à la Direction générale (jusqu'à juin 2007)
Monsieur Jean-Yves Simard, conseiller cadre à la Direction générale (depuis juin 2007)

Collaboration à la recherche et à l'analyse

Les directeurs et les professionnels de l'Agence.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
TABLE DES MATIÈRES	3
LISTE D'UNE FIGURE ET DE TABLEAUX.....	9
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	11
AVANT-PROPOS	15
INTRODUCTION	17
1. L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	19
1.1 Sa mission.....	19
1.2 L'exercice de son rôle	20
1.3 La vision de son organisation	21
1.4 Les principes directeurs.....	21
1.5 Ses valeurs.....	25
2. LA POPULATION ET LES RESSOURCES DE LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES	27
2.1 La population et son état de santé	27
2.2 Les ressources	33
3. LES ENJEUX ET LES ORIENTATIONS.....	39
4. LES OBJECTIFS ET LES ACTIONS PAR PROGRAMMES-SERVICES ET PROGRAMMES-SOUTIEN	47
4.1 Programme-services : Santé publique	49
4.2 Programme-services : Services généraux – activités cliniques et d'aide.....	55
4.3 Programme-services : Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)	61
4.4 Programme-services : Déficience physique	69
4.5 Programme-services : Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED).....	73
4.6 Programme-services : Jeunes en difficulté	79
4.7 Programme-services : Dépendances	87
4.8 Programme-services : Santé mentale.....	91
4.9 Programme-services : Santé physique	97
4.10 Programme-soutien : Administration et soutien aux services	109
4.11 Programme-soutien : Gestion des bâtiments et des équipements	117
4.12 Plan d'action : Pandémie d'influenza	119
5. LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN	123
5.1 Les mécanismes de coordination régionale	123
5.1.1 Le président-directeur général (P.-D.G.) de l'Agence et le comité de gestion du réseau régional (CGRR).....	124
5.1.2 Les comités clinico-administratifs	125
5.2 La mobilisation des partenaires	127
5.2.1 Les ententes de services.....	127
5.2.2 Les collaborations	127
5.3 Les mécanismes de suivi.....	128
5.3.1 Le suivi administratif.....	128
5.3.2 L'information	128
5.3.3 L'évaluation des résultats.....	128

ANNEXE 1	131
COMPLÉMENT DE DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES	133
LISTE DE RÉFÉRENCES.....	137

TABLE DES OBJECTIFS DU CHAPITRE 4

4. LES OBJECTIFS ET LES ACTIONS PAR PROGRAMMES-SERVICES ET PROGRAMMES-SOUTIEN	47
4.1 Programme-services : Santé publique	49
1. Domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale.....	52
2. Domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques	52
3. Domaine des traumatismes non intentionnels	53
4. Domaine des maladies infectieuses	53
5. Domaine de la santé environnementale	54
6. Domaine de la santé au travail.....	54
7. Domaine relatif à la fonction surveillance en santé publique	54
4.2 Programme-services : Services généraux – activités cliniques et d'aide.....	55
8. Améliorer l'accessibilité aux services médicaux généraux et assurer aux citoyens de la région un accès à un médecin de famille.....	57
9. Améliorer l'accessibilité aux soins infirmiers courants et aux services psychosociaux généraux.....	58
10. Augmenter l'utilisation des services d'Info-Santé et d'Info-Social	58
11. Rendre accessibles des services de pastorale adaptés aux besoins des personnes concernées.....	59
12. Améliorer l'accès dans la région au service d'interruption volontaire de grossesse (IVG)	59
13. Augmenter l'accessibilité aux services de sages-femmes	59
14. Réviser le continuum de services à l'intention des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) léger	59
15. Assurer l'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région de la Chaudière-Appalaches	60
16. Mettre en place avec les partenaires intersectoriels le Plan communautaire de lutte contre l'itinérance de la région de la Chaudière-Appalaches 2007-2009 ..	60
4.3 Programme-services : Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)	61
17. Mettre en œuvre des interventions en prévention auprès des aînés	63
18. Mettre en place un réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA) pour chacun des territoires de RLS de la région.....	64
19. Soutenir le développement de formules diversifiées de logements adaptés aux besoins des personnes en perte d'autonomie	67
20. Améliorer la qualité des soins et des services dispensés aux personnes hébergées en CHSLD	67
4.4 Programme-services : Déficience physique	69
21. Développer et consolider les services de première ligne, en particulier au regard de l'accès, de l'évaluation et du soutien à domicile et dans la communauté	70
22. Consolider les services spécialisés	72
4.5 Programme-services : Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED).....	73

23.	Développer et consolider les services de première ligne pour les personnes présentant une DI ou un TED.....	75
24.	Développer et consolider les services spécialisés.....	77
4.6	Programme-services : Jeunes en difficulté	79
25.	Impliquer les communautés dans la prévention des difficultés pour les jeunes et leur famille.....	81
26.	Développer et consolider les services de première ligne auprès des jeunes et de leur famille.....	81
27.	Consolider les services spécialisés	83
4.7	Programme-services : Dépendances	87
28.	Développer et consolider les services de première ligne.....	88
29.	Consolider les services de deuxième ligne du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA)	90
4.8	Programme-services : Santé mentale	91
30.	Assurer en première ligne une réponse adéquate aux personnes de tous âges qui éprouvent une détresse menaçant leur équilibre psychique	93
31.	Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne pour les enfants et les jeunes ainsi que pour les adultes.....	93
32.	Assurer l'accès aux services d'évaluation et de traitement en deuxième et troisième ligne.....	95
33.	Réduire le nombre de suicides.....	96
34.	Établir une collaboration entre les responsables des divers programmes-services concernés pour les personnes présentant un diagnostic de comorbidité	96
4.9	Programme-services : Santé physique	97
35.	Compléter la mise en place du réseau de services intégrés de lutte contre le cancer.....	100
36.	Compléter la mise en place des mesures découlant de la politique en soins palliatifs de fin de vie.....	102
37.	Consolider les services préhospitaliers d'urgence.....	104
38.	Atteindre et maintenir un temps de séjour optimal à l'unité d'urgence et les unités d'hospitalisation des centres hospitaliers	104
39.	Améliorer l'accès aux services spécialisés pour la population de la région ...	105
40.	Doter la région d'un plan d'organisation des services médicaux spécialisés .	106
41.	Implanter la gestion intégrée des maladies chroniques selon l'approche du suivi systématique des clientèles	108
42.	Améliorer la conformité du circuit du médicament en établissements de santé aux normes reconnues en la matière	108
4.10	Programme-soutien : Administration et soutien aux services	109
43.	Soutenir les actions ministérielles visant la prévention et le contrôle des infections nosocomiales	112
44.	Assurer la disponibilité de la main-d'œuvre requise	113
45.	Contribuer à la mobilisation et à la motivation des employés	113
46.	Maintenir et développer les compétences du personnel.....	113
47.	Combler les besoins reconnus par les plans régionaux d'effectifs médicaux.	114
48.	Élaborer et mettre en œuvre le plan régional d'informatisation du réseau arrimé avec l'architecture globale du plan d'informatisation ministériel.....	114

49.	Implanter les systèmes d'information et les infrastructures technologiques régionales en soutien à l'intégration des services et à la circulation de l'information clinique.....	114
50.	Procéder à une allocation équitable des ressources régionales	115
4.11	Programme-soutien : Gestion des bâtiments et des équipements	117
51.	Doter la région d'outils de planification et de gestion des bâtiments et équipements	117
52.	Soutenir la réalisation des travaux de réaménagement et de construction découlant de plans d'action et de modifications à l'organisation des services	118
4.12	Plan d'action : Pandémie d'influenza	119
53.	Protéger la santé de la population (santé publique)	120
54.	Soigner les personnes (santé physique)	121
55.	Assurer le bien-être psychosocial des personnes (services psychosociaux)	121
56.	Maintenir le fonctionnement du réseau (maintien des services)	121
57.	Offrir une information claire, valide et mobilisatrice (communication)	122

LISTE D'UNE FIGURE ET DE TABLEAUX

FIGURE 1	
Carte de la région de la Chaudière-Appalaches	33
TABLEAU I	
Autres partenaires des RLS	36
TABLEAU II	
RI et RTF	37
TABLEAU III	
Le personnel du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches (Agence, établissements publics (EP) et privés conventionnés (EPC) au 31 mars 2007)	38
TABLEAU IV	
Les cibles d'intervention du point de vue du programme-services PALV	48
TABLEAU V	
Services offerts en première ligne (sauf l'urgence)	50
TABLEAU VI	
Les principales interactions entre les programmes-services et les programmes-soutien	126
TABLEAU VII	
Population de Chaudière-Appalaches et des régions du Québec, 2007	133
TABLEAU VIII	
Population de Chaudière-Appalaches et du Québec selon le sexe et l'âge, 2007	134
TABLEAU IX	
Population des territoires de Chaudière-Appalaches et le Québec selon l'âge, 2007	135
TABLEAU X	
Accroissement de la population selon les territoires de Chaudière-Appalaches et le Québec, 2007-2011	136
TABLEAU XI	
Accroissement de la population selon l'âge pour Chaudière-Appalaches et le Québec, 2007-2011	136

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
CAR	Conférence administrative régionale de Chaudière-Appalaches
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CAUCA	Centre d'appels d'urgence de Chaudière-Appalaches
CCS	Centre de coordination santé
CÉPIO	Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie
CGRR	Comité de gestion du réseau régional
CH	Centre hospitalier
CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIT	Contrat d'intégration au travail
CJCA	Centre jeunesse Chaudière-Appalaches
CLSC	Centre local de services communautaires
CRAT-CA	Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches
CRDI CA	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Chaudière-Appalaches
CRDP CA	Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DEBA	Dépistage et évaluation du besoin d'aide
DEP-ADO	Dépistage chez les adolescents et adolescentes
DI	Déficience intellectuelle
DSPE	Direction de santé publique et de l'évaluation
DSQ	Dossier de santé du Québec
EMS	Équipements médicaux spécialisés
EP	Établissement public
EPC	Établissement privé conventionné
ETC	Équivalent temps complet

ETP	Équivalent temps plein
GMF	Groupes de médecine de famille
HDL	Hôtel-Dieu de Lévis
ICI	Intervention comportementale intensive
IPAC	Initiative de partenariats en action communautaire
IPLI	Initiative des partenariats de lutte contre l'itinérance
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
ISO-SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NÉGS	Naître égaux - Grandir en santé
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PACS	Picture Archiving and Communicating System
PAL	Plan d'action local
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PCI	Comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales
PCP	Pratiques cliniques préventives
P.-D.G.	Président-directeur général
PI	Plan d'intervention
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire

PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PNSC	Plan national de sécurité civile
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLPI	Plan québécois de la lutte à une pandémie d'influenza
PQLPI-MIS	Plan québécois de la lutte à une pandémie d'influenza – mission santé
PQLT	Programme québécois de lutte au tabagisme
PRAASS	Plan régional d'amélioration de l'accès aux services spécialisés
PREM	Plans régionaux d'effectifs médicaux
PRLC-CA	Programme régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches
PRPI	Plan régional contre une pandémie d'influenza
PSI	Plan de services individualisé
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
RAC	Réseau d'accès à la chirurgie
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RÉMI	Réagir au phénomène du suicide, mobiliser les partenaires pour intervenir en continuité
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence pour personnes âgées
RSIPA	Réseau de services intégrés aux personnes âgées
RSS	Régions sociosanitaires
RTF	Ressource de type familial
RTSS	Réseau de télécommunication des services de santé
RUIS-UL	Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval
SCIAD	Suivi clinique intelligent à domicile
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance

SNT	Sites non traditionnels
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TCC	Traumatisme craniocérébral
TED	Troubles envahissants du développement
UCCSPU	Unité de coordination clinique en services préhospitaliers d'urgence
UMF	Unité de médecine familiale
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VHC	Virus de l'hépatite C

AVANT-PROPOS

Les besoins en matière de santé et de services sociaux sont nombreux et complexes. Ils commandent une utilisation judicieuse et rationnelle des importantes ressources qui y sont consenties. Pour mieux guider l'action, il devient impératif de définir une vision de l'avenir et de fixer des objectifs dont nous pourrions, au cours des prochaines années, mesurer l'atteinte.

Le réseau de la santé et des services sociaux poursuit comme finalité l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. « C'est en misant sur l'intégration des services, à l'intérieur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux comme mode d'organisation, que l'on parviendra à mieux répondre aux besoins de la population¹. » Cette réponse est fournie par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) assumant plusieurs missions de services, par les établissements spécialisés régionaux, par les professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que par de nombreux partenaires agissant dans le réseau local de services (RLS). Ils partagent une responsabilité populationnelle qui les amène à poser des actions conjointes et à rendre accessible à la population de leur territoire une gamme de services diversifiés et hiérarchisés, comptant des actions de prévention, de traitement, de réadaptation et de soutien.

Cependant, la santé et le bien-être de la population ne sont pas l'apanage du seul réseau de la santé et des services sociaux. Ils représentent un défi collectif qui interpelle à la fois les individus eux-mêmes, les collectivités et les acteurs gouvernementaux.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches a élaboré son plan stratégique en tenant compte de la réalité spécifique de la population de la région, en particulier sa volonté maintes fois exprimée de s'autodéterminer et de se prendre en charge. L'Agence a entrepris, dès l'automne 2006, une démarche avec son réseau régional en vue de préciser les enjeux régionaux, les besoins à satisfaire et les actions à poser au cours des prochaines années. Le résultat de ces travaux se retrouve dans son Plan stratégique pluriannuel 2007-2011. Il tient compte des priorités énoncées au Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux tout en ciblant les actions plus spécifiques qui doivent être réalisées dans la région pour mieux répondre aux besoins de la population.

Donner un sens à l'action, imprimer une direction, voilà ce qui motive l'actuel conseil d'administration et l'équipe de direction de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches à mettre en œuvre le Plan stratégique pluriannuel 2007-2011 élaboré avec son réseau régional.

Puisse ce plan susciter un intérêt mobilisateur et un élan créateur pour l'ensemble des acteurs qui partagent l'ambition de travailler ensemble à la santé et au bien-être de la population de Chaudière-Appalaches!

Le président-directeur général,



Marc Tanguay

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, MSSS, 2005, p.13.

INTRODUCTION

Comme dans tous les pays occidentaux, le système de santé et de services sociaux québécois subit une pression croissante causée par l'avancement des connaissances, les développements technologiques, les nouvelles techniques d'intervention et les nouveaux médicaments. Ces développements créent des attentes élevées dans les populations et commandent des ponctions toujours plus importantes dans les ressources privées et publiques de nos sociétés.

C'est dans ce contexte que doivent être relevés les nombreux défis que représentent le vieillissement démographique accéléré de la population québécoise, le nombre croissant des personnes atteintes de maladies chroniques, l'apparition plus fréquente de problèmes psychosociaux et de troubles mentaux et l'augmentation des problématiques de santé liées à de mauvaises habitudes de vie. Ces défis s'accompagnent de contraintes comme la pénurie anticipée de main-d'œuvre, l'adaptation continue du personnel à l'évolution des techniques et des technologies ainsi qu'à de nouvelles problématiques et un financement limité des services.

De nouvelles opportunités se profilent aussi à l'horizon. Les technologies de l'information et de communication qui seront mises à la disposition des intervenants dans les prochaines années viendront soutenir leur travail en réseau pour une meilleure coordination et continuité des services.

L'évolution rapide des connaissances, des défis et des opportunités commande des adaptations à l'organisation des services ainsi qu'à la loi qui l'encadre. Les dernières modifications importantes à la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (LSSSS), apportées en 2003 et en 2005, mettent en place de véritables réseaux locaux de services (RLS) autour des centres de santé et de services sociaux (CSSS). On leur confie le mandat d'élaborer un projet clinique visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de leur territoire, projet qui doit inclure l'exercice de leur responsabilité à cet égard. La mission et les responsabilités des établissements du réseau sont aussi définies en fonction de la hiérarchisation des services. Dans chaque région, une agence exerce les fonctions de coordination en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Outre ce mandat général, l'article 346.1 de la LSSSS précise que l'agence doit « ... élaborer un plan stratégique pluriannuel identifiant, pour le territoire de sa région, ... les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci; ... les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, l'organisation et la gestion des services; ... les mandats et les responsabilités qui devront être assumés par les instances locales, les autres établissements et les organismes communautaires pour atteindre ces objectifs; ... [de même que] les mécanismes de coordination régionale et de mobilisation des partenaires à la mise en œuvre du plan stratégique². »

Le plan stratégique pluriannuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches couvre la période 2007-2011. Il a été conçu en conformité avec les orientations ministérielles et tient compte des résultats attendus dans les ententes de gestion convenues entre l'Agence et le ministère ainsi qu'entre l'Agence et les établissements de la région. Il intègre également les activités prévues au Programme national de santé publique lesquelles sont traduites dans le plan d'action régional de santé publique (PAR). Comme une

2. Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), (*L.R.Q., chapitre S-4.2*), a. 346.1

partie importante du plan consiste à mettre en place ou à réorganiser des services prévus dans les orientations ministérielles, on note déjà plusieurs réalisations en 2007.

Le plan identifie les priorités qui devront faire l'objet d'un travail particulier dans la région et s'inscrit dans le contexte gouvernemental de la gestion par résultats en cohérence avec les principes de transparence et d'imputabilité. Comme prévu à l'article 346.1, il a été rédigé en mettant à contribution les établissements et les organismes communautaires de la région et a été soumis, pour avis, aux instances régionales et au Forum de la population.

Le présent document rappelle d'abord la mission de l'Agence, précise sa vision, les principes directeurs et les valeurs qui guident sa prise de décision, ses choix et ses actions. La deuxième partie dresse un portrait de la population et des ressources de la région. La troisième partie cible les principaux enjeux auxquels la région est confrontée à court et moyen terme, et décrit les orientations stratégiques retenues.

La quatrième partie énonce les objectifs d'ordre tactique pour chacun des programmes-services et des programmes-soutien ainsi que pour un épisode éventuel de pandémie d'influenza. La dernière partie détermine les mécanismes de coordination, de mobilisation et de suivi de la mise en œuvre du plan stratégique.

1. L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

1.1 Sa mission

La mission de l'Agence a pour objet de « *Veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de toute la population de la région et de ses conditions sociosanitaires*³. »

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS, a. 340) précise que le rôle de l'Agence est d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de répartition des ressources humaines et d'accès aux services spécialisés. Elle fournit également les services régionaux de santé publique en matière de surveillance de l'état de santé et de bien-être, de promotion, de prévention et de protection.

Plus spécifiquement, l'Agence a pour objet :

« 1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;

1.1° de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;

2° de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;

3° d'élaborer le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 et d'en assurer le suivi;

4° d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées à l'article 454;

5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;

5.1° d'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du ministre, la coordination interrégionale;

6° de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;

7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;

7.1° d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2);

7.2° d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;

7.3° de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;

7.4° de permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 7.3°, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;

3. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, *Plan d'organisation*, Québec, ASSSCA, 2005, p. 6.

7.5° de s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;

7.6° de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci;

7.7° de prévoir des modalités et de développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;

7.8° de développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits;

8° d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie⁴. »

1.2 L'exercice de son rôle

L'Agence entend « faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de santé et de services sociaux de sa région⁵ » dans le contexte d'un réseau régional cohérent. Pour ce faire, elle fixe, avec ses partenaires et à partir des balises ministérielles, les orientations, les priorités et les standards régionaux auxquels souscrivent les établissements. Le rôle de « facilitateur » du développement et de la gestion des réseaux locaux est une responsabilité portée par le président-directeur général et les directions de l'Agence. Ils entendent ainsi soutenir l'évolution continue du réseau sociosanitaire régional et veiller à en garder le sens et la cohérence.

Plus concrètement, l'Agence soutient le déploiement de processus administratifs et cliniques complexes concernant plusieurs territoires ou établissements; ceux-ci s'inscrivent en général dans un contexte de hiérarchisation des services mais aussi de recherche de cohérence et d'harmonisation régionale. Dès lors, l'Agence joue un rôle actif dans la conceptualisation et la modélisation des processus en cause, dans la définition des contributions des acteurs et des résultats à atteindre et dans le suivi de la mise en œuvre. De plus, l'Agence évalue les impacts de la mise en place des réseaux locaux de services sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population de sa région. L'Agence poursuit enfin des travaux de réseautage et de gestion intégrée des systèmes d'information.

L'Agence s'engage, par une entente de gestion et d'imputabilité conclue entre son président-directeur général et le ministre de la Santé et des Services sociaux pour une période donnée, à contribuer à la mise en œuvre des priorités ministérielles, à respecter les seuils de services convenus dans chacun des programmes-services et des programmes-soutien et à s'assurer du maintien du volume actuel des services dispensés dans la région. Cette entente de gestion et d'imputabilité s'appuie sur des ententes de même type entre l'Agence et les établissements publics de la région. L'Agence s'engage également, toujours par le biais d'une entente de gestion et d'imputabilité spécifique avec la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), à offrir les services pertinents aux travailleurs de sa région.

L'Agence s'engage à respecter l'équilibre budgétaire de même que les règles d'allocation financière. Elle s'assure d'une gestion adéquate de la main-d'œuvre en vue de maintenir l'accessibilité et la qualité des services.

L'Agence dépose enfin un rapport annuel de gestion faisant état des résultats atteints et garantit la fiabilité et la validité de l'information qu'elle fournit.

4. LSSSS, a. 340.

5. LSSSS, a. 340, par. 2.

1.3 La vision de son organisation

L'Agence veut se développer comme organisation apprenante en misant sur l'engagement de son personnel, sur la collaboration de son réseau d'établissements et sur la contribution de ses partenaires et des collectivités locales pour atteindre son but ultime : améliorer la santé et le bien-être de la population de Chaudière-Appalaches.

Pour l'Agence, une organisation apprenante est un état d'esprit mettant à contribution le potentiel de tous les membres de son personnel pour assurer son développement et construire son savoir. Comme organisation apprenante, elle croit en sa capacité d'apprendre de son expérience et en sa faculté d'évoluer en prenant appui sur celle-ci. Elle croit également en son habileté à créer de nouveaux savoirs, à les transmettre et à les mettre en œuvre.

Dans une organisation apprenante, le développement des compétences est considéré comme un enjeu partagé entre les principaux acteurs. Au niveau individuel, cette vision suppose que les personnes voudront bien s'engager activement et assumer la responsabilité de leur propre apprentissage. Au niveau organisationnel, elle induit la mise en place de mesures concrètes et adaptées pour favoriser l'acquisition de nouvelles connaissances nécessaires au soutien du changement.

1.4 Les principes directeurs

❑ L'influence déterminante des interventions en santé publique dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population

Le Programme national de santé publique 2003-2012 définit les activités à mettre en œuvre au cours de cette période afin d'agir sur les déterminants qui influencent la santé dans ses dimensions physique et psychosociale. Les activités du programme sont fondées sur les fonctions de santé publique. Elles s'inscrivent à l'intérieur de différentes stratégies axées sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et couvrent tout le champ d'action de la santé publique.

Pour sa part, la Direction régionale de santé publique a établi son plan d'action régional (PAR) en vue de la réalisation en Chaudière-Appalaches des activités du programme national. De plus, elle soutient les CSSS dans l'élaboration et la réalisation de leur plan d'action local (PAL). Ces plans d'action locaux 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.

Ces plans d'action prennent en compte les caractéristiques particulières de la population de la région et de chacun de ses territoires. Le succès de ces plans repose sur la mobilisation des professionnels et des partenaires intersectoriels, sur l'expertise et le soutien des intervenants en santé publique et sur la qualité et l'accessibilité de l'information sur la santé de la population.

L'ensemble de ces activités de santé publique a comme finalité l'*autonomisation*⁶ des individus et des communautés. La notion d'*autonomisation* est directement liée « à l'idée de promotion de la santé... [qui] vise à favoriser chez l'individu l'apprentissage de modes de vie sains, à

6. « Processus par lequel des personnes acquièrent la maîtrise des moyens qui leur permettent de mieux utiliser leurs ressources et de renforcer leur autonomie d'action », adapté de la définition donnée par le grand dictionnaire terminologique. Terme recommandé par l'Office québécois de la langue française.

permettre aux communautés d'aménager leur environnement et à promouvoir l'inscription de la santé dans les politiques sociales et les décisions collectives⁷. »

□ 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) 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; il est coordonné par le centre de santé et de services sociaux (CSSS). C'est une responsabilité conjointe et partagée entre le CSSS, les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux.

Cette responsabilité conjointe s'articule dans le projet clinique et organisationnel élaboré par le CSSS avec la participation des intervenants du RLS. Le projet clinique et organisationnel identifie les besoins sociosanitaires et les particularités de la population, fixe les objectifs concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de celle-ci, détermine l'offre de service pour satisfaire à ses besoins et particularités. Il statue enfin sur les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires du RLS en vue d'assurer l'accessibilité aux services, incluant la notion de proximité, et leur continuité.

Le projet clinique et organisationnel doit en outre être conforme aux orientations ministérielles et régionales, respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles.

□ La contribution indispensable des établissements spécialisés pour favoriser le développement de l'expertise et de la connaissance nécessaires à l'intervention clinique

Le développement rapide des connaissances et des technologies dans le domaine médical, social et de la réadaptation exerce une pression constante sur les professionnels qui œuvrent dans les établissements spécialisés. Ce développement permet de nourrir des attentes de traitement et d'intégration sociale élevées, même pour des personnes qui connaissent des limitations physiques ou intellectuelles importantes.

Dans ce contexte, les établissements spécialisés doivent se concentrer sur leur mission première : fournir des services spécialisés et surspécialisés les plus à jour aux personnes en ayant besoin, et ce, dans un délai raisonnable, ainsi que développer l'expertise et les connaissances nécessaires à l'intervention clinique la plus appropriée. Ce devoir a comme conséquence le partage des rôles entre les établissements spécialisés et les CSSS dans le continuum de services requis par les usagers des services spécialisés, en particulier pour ceux présentant des profils de besoins spécifiques couverts par des programmes-services correspondants.

Ainsi, les services ne relevant pas de la mission spécialisée doivent être dispensés en première ligne, localement, par le CSSS et ses partenaires. Ce partage de rôle nécessite, en plus de l'engagement de l'instance locale, le soutien des établissements spécialisés aux intervenants de première ligne, lequel comporte deux volets : l'accès des praticiens de première ligne à

7. <http://www.cesaf.umontreal.ca/f.ress.doss.empow.doc1.html>, section *Domaine d'application de l'empowerment*, sous-section *Promotion de la santé* (page consultée le 19 septembre 2007).

l'expertise des professionnels spécialisés et le transfert de connaissances des établissements spécialisés aux intervenants de première ligne.

□ Des services structurés en programme-services et en programmes-soutien intégrés et hiérarchisés

Toute l'organisation des services de santé et des services sociaux repose sur la notion de besoin. Les services, mis en place pour répondre aux besoins, sont regroupés dans un programme visant soit un ensemble de besoins généraux de la population, soit un profil de besoins d'un groupe particulier de personnes. Ils sont classés en neuf programmes-services⁸. Les besoins de l'ensemble et les profils de besoins de groupes particuliers priment sur les frontières des établissements, des territoires professionnels et des domaines d'activité. Les activités administratives et techniques nécessaires aux programmes-services sont classées quant à elles en deux programmes-soutien⁹.

Afin de s'assurer d'une réponse équitable à l'ensemble des besoins, la répartition des ressources et la reddition de comptes s'appuient sur les programmes-services et les programmes-soutien.

La diversité des besoins et des intervenants requiert des services intégrés qui couvrent l'ensemble du continuum de services allant de la promotion, de la prévention et du dépistage au diagnostic, au traitement et au soutien. Il s'agit du moyen par excellence permettant de rejoindre les personnes avant l'apparition des problèmes, puis de faciliter, le cas échéant, leur accompagnement tout au long de leur cheminement clinique. 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. La disponibilité de l'information clinique pertinente et adaptée aux besoins des usagers ou de groupes d'usagers demeure un ingrédient essentiel au fonctionnement en réseau de services intégrés.

Cette intégration des services reflète une perspective clinique, organisationnelle et financière. Les quatre devoirs confiés aux CSSS par l'article 99.7 de la LSSSS en constituent la base.

Le degré de complexité des besoins et l'expertise nécessaire pour y répondre commandent pour leur part des services hiérarchisés dont l'organisation est construite autour de trois niveaux d'accès.

Le premier niveau d'accès est celui des services de première ligne; ils sont destinés à l'ensemble de la population et à des groupes de personnes ayant des besoins particuliers. Cet accès est généralement direct et les conditions pour le recours aux services de première ligne sont simples, prévisibles, clairement définies et connues des usagers. Ces services visent à répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés. Ils doivent être offerts près du milieu de vie des personnes qui les utilisent.

Les intervenants de première ligne possèdent des compétences professionnelles générales et diversifiées. Les services de première ligne s'appuient sur des infrastructures et des technologies légères. Ces services correspondent aux services généraux s'adressant à toute la population (par exemple les services de prévention, services médicaux, services

8. Les neuf programmes-services sont Santé publique, Services généraux – activités cliniques et d'aide, Perte d'autonomie liée au vieillissement, Déficience physique, Déficience intellectuelle et Troubles envahissants du développement, Jeunes en difficulté, Dépendances, Santé mentale et Santé physique.

9. Les deux programmes-soutien sont Administration et soutien aux services et Gestion des bâtiments et des équipements.

pharmaceutiques, services infirmiers, services psychosociaux et Info-Santé) et aux services spécifiques qui s'adressent à des groupes de personnes vulnérables, on pense notamment aux services de soutien à domicile.

Le deuxième niveau d'accès regroupe les services de deuxième ligne; ils complètent ceux de première ligne. Sauf exception, la référence d'un professionnel est nécessaire pour avoir accès à ces services. Il s'agit de services permettant de traiter des problèmes de santé et des problèmes sociaux complexes, mais répandus. Ils exigent des expertises spécialisées, regroupées pour constituer des masses critiques. Ces services s'appuient habituellement sur une infrastructure particulière et une technologie avancée, quoique courantes.

Certains services médicaux spécialisés et d'autres services sociaux et de réadaptation spécialisés doivent être offerts le plus près possible du milieu de vie des individus susceptibles d'y avoir recours. Cette déconcentration des services peut se réaliser si des masses critiques d'expertise, garantes d'une bonne pratique professionnelle, sont suffisantes et si les standards de qualité sont respectés, et ce, à des coûts raisonnables.

Le troisième niveau d'accès, soutenant le premier et le deuxième niveau, est celui des services de troisième ligne. Ces derniers sont offerts sur une base nationale, concentrés dans un nombre limité d'endroits et habituellement accessibles sur référence d'un professionnel. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé et des problèmes sociaux très complexes, dont la prévalence est souvent plus faible.

Ils requièrent l'expertise d'intervenants très spécialisés ayant des compétences rares dans un champ d'intervention de pointe. Ces services s'appuient sur des équipements, des technologies et des expertises sophistiqués et rares, qui ne peuvent pas être disponibles partout. Les services de troisième ligne correspondent généralement aux services surspécialisés¹⁰.

□ 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 femmes¹¹. »

Par leur mission respective, le MSSS et son réseau portent déjà une attention spéciale à la variable sexe dans leurs travaux. Cette reconnaissance trouve d'ailleurs écho dans l'importance accordée au déterminant sexe dans le traitement de plusieurs problématiques depuis déjà de nombreuses années. Entre 2005 et 2010, le MSSS s'est notamment engagé à dispenser une formation sur l'ADS au personnel des régions et des établissements en vue de renforcer une pratique déjà présente et son application systématique à l'ensemble des dossiers traités.

10. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Février 2004, p. 25-26.

11. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Québec, 2002, p. 13.

□ 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.

Pour les années à venir, l'évolution démographique de la population a et aura une incidence directe sur la disponibilité de la main-d'œuvre dans tous les secteurs d'activité de la société. 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'y œuvrer, les personnes qui ont choisi notre réseau devront y trouver des facteurs de motivation satisfaisants et l'assurance que leur compétence pourra 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 il est accessible dans le délai requis sans bris de continuité, de pertinence : le service produit est approprié au besoin à satisfaire.

1.5 Ses valeurs

□ La primauté de la personne

L'utilisateur

Notre réseau doit reconnaître l'autodétermination de l'utilisateur et ses rôles sociaux comme fondamentaux, en particulier au moment 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 le centre des préoccupations des gestionnaires et des intervenants dans l'organisation des services.

Son entourage immédiat, sa communauté

La plupart du temps, la participation de l'entourage de l'utilisateur au processus de soins ou de services constitue un déterminant important pour une meilleure qualité du résultat.

L'utilisateur, comme individu, vit aussi dans une communauté qui revêt, selon les circonstances, plusieurs dimensions (communauté sociale, de travail, municipale, scolaire, régionale). Celle-ci, dans ses diverses dimensions, est susceptible d'influencer la santé, le bien-être ou l'intégration sociale de l'individu ou d'un groupe.

C'est pourquoi les gestionnaires et les intervenants doivent reconnaître le rôle de l'entourage comme celui de la communauté, et en ce sens les informer, les consulter et les soutenir en tenant compte de leurs choix et de leur capacité.

□ Le soutien aux intervenants

L'évolution des besoins et des attentes de la population ainsi que celle des moyens techniques et technologiques d'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, mais aussi de toutes les instances du réseau de la santé et des services sociaux pour adapter les pratiques professionnelles actuelles et en développer de nouvelles et pour ajuster les modes d'organisation du travail.

C'est en bénéficiant d'un soutien à leur développement personnel et professionnel que les individus appelés à relever ces défis d'adaptation peuvent le faire avec succès et au bénéfice des usagers.

□ L'équité

L'équité vise la réduction des écarts à la fois évitables, non nécessaires et considérés comme injustes.

Appliquée au domaine de la santé et des services sociaux, l'équité vise la réduction des écarts de santé et de bien-être observés entre les groupes et les territoires, l'accès aux services de santé et aux services sociaux malgré la situation géographique et les conditions financières des personnes ainsi que la répartition adéquate des ressources entre les communautés et les territoires en fonction de leurs besoins.

□ La coopération

Les problèmes de santé et les problèmes sociaux posent des défis importants aux individus et aux communautés; fournir des soins et des services efficaces à la bonne personne, au bon moment, par le bon professionnel représente aussi des défis majeurs à surmonter pour les intervenants et leur organisation.

Seule une attitude de coopération peut contribuer à relever avec succès ces défis individuels et collectifs.

L'Agence et son réseau régional privilégient le partenariat pour traduire en action cette attitude de coopération. Il se développe autour de projets communs ou d'intérêts partagés. Il amène les différentes parties à convenir de leur rôle respectif, à harmoniser leurs stratégies, à travailler en collaboration et à se partager les responsabilités et les tâches dans le respect de leur mandat spécifique.

Le résultat escompté : la mise en commun des potentiels individuel et collectif, l'utilisation optimale des ressources.

2. LA POPULATION ET LES RESSOURCES DE LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES

2.1 La population et son état de santé

Ce portrait de la population de la région de la Chaudière-Appalaches vise à faire un lien entre ses besoins de santé et de bien-être et les services offerts afin, ultimement, d'améliorer sa santé et son bien-être. Il présente un sommaire de certains aspects de l'état de santé à partir des informations sociosanitaires disponibles.

□ Chaudière-Appalaches et les régions du Québec

- Parmi les 18 régions sociosanitaires (RSS), Chaudière-Appalaches est la septième plus peuplée du Québec.
- En 2007, dans la région, on dénombre 395 668 personnes.
- La population de la région de la Chaudière-Appalaches représente 5,2 % de celle du Québec. (Voir tableau VII de l'annexe 1).

□ Les jeunes, adultes et aînés de la région en 2007

Les jeunes de la région

- Les 0-17 ans représentent 19,7 % de la population, soit 78 105 jeunes en 2007.
- Dans ce groupe d'âge, la proportion est à peu près la même pour les hommes et les femmes.
- La proportion des jeunes est semblable à celle du Québec.

Les adultes de la région

- Les adultes (18 à 64 ans) constituent 65,8 % de la population. Dans la région, ils sont 260 286.
- Dans ce groupe d'âge, les hommes y comptent pour 51,4 % et les femmes pour 48,6 %.
- La proportion des adultes est la même pour la région et le Québec.

Les aînés de la région

- Les 65 ans et plus représentent 14,5 % de la population, soit 57 277 aînés.
- Chez les aînés, il y a davantage de femmes (56,6 %) que d'hommes (43,4 %).
- La proportion d'aînés est semblable à celle du Québec. (Voir tableau VIII de l'annexe 1).

□ Les jeunes, adultes et aînés des territoires de la région en 2007

Les jeunes selon les territoires de la région

- En 2007, certains territoires ont une proportion de jeunes (0-17 ans) plus élevée que celle du Québec (19,8 %) :
 - le RLS du Grand Littoral (20,6 %) et ses secteurs de Chutes-Chaudière (22,6 %), Lotbinière (20,6 %) et Nouvelle-Beauce (21,4 %);
 - le RLS de Beauce (20,4 %) et ses secteurs de Robert-Cliche (20,2 %) et Beauce-Sartigan (20,6 %).

Les aînés selon les territoires de la région

- Certains territoires ont une proportion d'aînés (65 ans et plus) plus élevée que celle du Québec (14,4 %) :
 - le RLS de la région de Thetford (20,2 %);
 - le RLS de Montmagny-L'Islet (18,5 %) et ses secteurs de L'Islet (18,5 %) et de Montmagny (18,4 %);
 - le RLS des Etchemins (17,7 %).
- Bien que, globalement, la proportion d'aînés du RLS du Grand Littoral soit moins élevée que celle du Québec, elle est légèrement plus élevée dans ses secteurs de Bellechasse (16,8 %), de Desjardins (15,5 %) et de Lotbinière (15,0 %).
- La proportion d'aînés du RLS de Beauce est moins élevée que celle du Québec, sauf pour le secteur de Robert-Cliche où elle est légèrement plus élevée (15,5 %). (Voir tableau IX de l'annexe 1).

□ Évolution de la population de Chaudière-Appalaches de 2007 à 2011

La baisse du taux de fécondité et l'allongement de l'espérance de vie expliquent, en partie, le vieillissement de la population québécoise. La région de la Chaudière-Appalaches n'échappe pas à cette réalité; une diminution de la proportion des jeunes et une augmentation des personnes âgées sont prévues d'ici 2011.

Accroissement de la population

- La projection pour l'année 2011 estime à 397 458 la population de Chaudière Appalaches, soit un taux de croissance, par rapport à 2007, de 0,5 %. L'augmentation prévue pour le Québec est de 1,7 %.
- Les proportions de jeunes, d'adultes et d'aînés varient d'un RLS à l'autre laissant entrevoir une croissance pour les territoires du Grand Littoral (1,4 %) et de la Beauce (0,9 %) et une décroissance pour ceux de Thetford (-2,4 %), de Montmagny-L'Islet (-1,6 %) et des Etchemins (-1,4 %).
- D'après les projections, en général, la croissance de la population se poursuivra dans les milieux davantage urbains, alors qu'elle continuera à diminuer dans les territoires plus ruraux.

Les jeunes de la région

- En 2007, les jeunes (0-17 ans) représentent 19,7 % de la population, diminuant à 18,3 % en 2011.
- Leur poids démographique ne cesse de décroître, et ce, comme pour le Québec.

Les aînés de la région

- En 2007, les aînés (65 ans et plus) représentent 14,5 % de la population augmentant à 16,4 % en 2011.
- Leur poids démographique ne cesse de croître, comme cela s'observe pour le Québec. (Voir tableaux X et XI de l'annexe 1).

❑ Situation familiale

La situation familiale en Chaudière-Appalaches est assez avantageuse comparativement au Québec. Les gens de la région vivent, en effet, davantage en couple, marié ou en union libre. La région compte également la plus faible proportion de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans au Québec. Ces indicateurs sont reconnus, parmi d'autres, comme pouvant influencer l'état de santé.

- Dans la région, en 2001, 375 365 personnes vivaient dans un ménage privé^a, soit :
 - 327 000 personnes vivant dans 108 890 **familles**;
 - 38 045 personnes **vivant seules**;
 - 10 310 **vivant avec d'autres** personnes ne constituant pas une famille (par exemple des amis, un colocataire, etc.).
- La proportion de personnes **vivant seules**^a est plus faible que celle du Québec (12,4 % comparativement à 15,2 %). Elle augmente toutefois depuis 1996 (passant de 10,6 % à 12,4 %).
- La proportion de **familles monoparentales**^a avec enfants de moins de 18 ans est plus faible que celle du Québec (16,9 % comparativement à 22,7 %). Elle augmente aussi depuis 1996 (passant de 14,4 % à 16,9 %) et représente 8 105 familles.

❑ Situation économique

Plusieurs petites et moyennes entreprises contribuent à l'économie régionale, procurant en proportion plus d'emplois dans la région qu'au Québec (un taux d'emploi plus élevé, des proportions de personnes à faible revenu et de bénéficiaires d'assistance-emploi plus faibles). Toutefois, un grand nombre de ces emplois ne demandent pas beaucoup de scolarité et n'offrent pas un revenu élevé. Ceci peut expliquer qu'un nombre plus élevé de personnes se situe davantage dans les classes moyennes de revenu et de scolarité.

Comparativement au Québec

- La proportion de personnes ayant un emploi est plus élevée. En 2007, le **taux d'emploi**^b s'élève à 63,1 % comparativement à 61,0 % au Québec. Généralement, cette tendance se maintient depuis au moins 1987.
- La proportion de personnes vivant sous le **seuil de faible revenu**^a est plus faible (12,7 % comparativement à 19,1 % au Québec). Cette situation s'est améliorée depuis 1996. On compte tout de même 47 755 personnes vivant sous le seuil de faible revenu.
- La proportion de personnes vivant de **prestations de l'assistance-emploi**^c est plus faible (4,8 % comparativement à 7,8 % au Québec). Cette situation se maintient depuis au moins 1998. Cependant, on comptait 16 351 personnes vivant de ces prestations en 2006.
- On observe une **scolarité**^a plus faible chez les personnes de 25 ans et plus. La proportion de personnes faiblement scolarisées (n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires) est de 36,1 % comparativement à 31,3 % au Québec en 2001. Les femmes de 50 ans et plus sont les plus touchées. Toutefois, dans le temps, on observe une diminution de la proportion de personnes faiblement scolarisées et une augmentation de la proportion de diplômés universitaires.
- En 2006, le **revenu personnel par habitant**^d se chiffre à 28 916 \$ comparativement à 30 827 \$ pour l'ensemble du Québec; cette situation de revenu plus bas est stable depuis au moins 2000.

□ État de santé

Quelques indicateurs distinguent favorablement ou défavorablement Chaudière-Appalaches du Québec. Toutefois, pour certains constats régionaux, différentes réalités locales y sont observées : population rurale ou urbaine, secteurs plus favorisés ou plus défavorisés, etc. Les résultats présentés pour l'ensemble de la région ne reflètent donc pas les disparités locales.

Par ailleurs, il faut aller au-delà de la comparaison avec le Québec. Celle-ci ne met pas en évidence le travail de prévention et de promotion déjà effectué ou à poursuivre pour réduire les situations et les environnements ayant des conséquences néfastes pour la santé.

État de santé globale

- Dans la région, pour la période de 2000-2003, **l'espérance de vie à la naissance^e** est plus élevée (80,0 ans) que pour la population du Québec (79,4 ans) :
 - Elle est plus élevée chez les femmes (83,0 ans) comparativement aux hommes (76,9 ans).
 - Elles vivent aussi plus longtemps (83,0 ans) que les femmes du Québec (82,1 ans).
 - En 2005, 59,2 % de la population de 12 ans et plus se considèrent en excellente ou en très bonne santé et 71,4 % déclarent avoir une excellente ou très bonne santé mentale. Ces proportions sont semblables chez les deux sexes, tant pour la santé globale que pour la santé mentale.

Comportements et facteurs de risque associés à la périnatalité

- La proportion de **naissances** de bébés de **faible poids^g** (moins de 2 500 grammes) est plus basse qu'au Québec. Pour la période de 2001 à 2005, celle-ci est de 5,0 % comparativement à 5,7 % pour le Québec.
- De 2000-2004, le **taux d'hospitalisation au cours de la première année de vie^e** est de 3 140 pour 10 000 enfants de moins d'un an dans la région alors qu'il est de 2 418 pour le Québec. Ce taux est non seulement plus élevé depuis au moins 1991-1995, mais il **augmente** dans le temps :
 - pour les **maladies infectieuses et parasitaires**, de 2000-2004, le taux régional est de 224 pour 10 000 enfants de moins d'un an et de 149 pour le Québec;
 - pour les **maladies de l'appareil respiratoire**, de 2000-2004, le taux régional est de 1 074 pour 10 000 enfants de moins d'un an et de 790 pour le Québec;
 - pour les **maladies de l'appareil digestif**, de 2000-2004, le taux régional est de 334 pour 10 000 enfants de moins d'un an et de 228 pour le Québec;
 - pour les **anomalies congénitales**, de 2000-2004, le taux régional est de 255 pour 10 000 enfants de moins d'un an et de 183 pour le Québec;
 - pour **certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale**, de 2000-2004, le taux régional est de 492 pour 10 000 enfants de moins d'un an et de 421 pour le Québec.
- De 2000 à 2004, le taux de **césariennes^e** (23,2 %) est plus élevé dans les hôpitaux de la région que dans ceux du Québec (20,1 %). Cette situation est également observée pour la période 1995 à 2000.

Environnement social (adaptation sociale)

- Le taux de **grossesses chez les adolescentes^e** âgées de 14 à 17 ans est de 8,4 pour 1 000 dans la région et de 18,2 pour le Québec en 1999-2003. La région connaît des taux inférieurs à ceux du Québec depuis au moins 1995-1998.

- La région présente des taux moins élevés (de 1998-2004 : 4,0 pour 1 000 jeunes) que ceux du Québec (5,5) pour les **nouvelles prises en charge**^e. Celles-ci couvrent les problématiques d'abandon, d'abus, de violence, de négligence, de troubles de comportement. La situation était semblable pour la période 1993-1998.
- La délinquance (**jeunes de 12-17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois**^e) pour les jeunes en 2002 est de 5 759 pour 100 000 jeunes dans la région et de 6 504 pour le Québec. Ces taux inférieurs à ceux du Québec le sont, au moins, depuis 1999.
- En ce qui a trait au taux de **victimisation pour violence conjugale**^e en 2003, la région enregistre un taux de 230 pour 100 000 femmes de 12 ans et plus alors qu'il est de 419 pour le Québec. Ces taux inférieurs à ceux du Québec se vérifient depuis au moins 1997.
- Le taux de **crimes contre la personne**^e, en 2003, est de 525 pour 100 000 personnes dans la région et de 984 pour le Québec. Ces taux sont plus faibles depuis au moins 1998.

Habitudes de vie et comportements pour la région de la Chaudière-Appalaches^f

- 23,6 % déclarent être des **fumeurs actuels** (parmi la population de 12 ans et plus, en 2005). Cette proportion est semblable au Québec;
- 20,2 % déclarent être un peu **actifs** et 24,8 % **sédentaires** (parmi la population de 18 ans et plus, en 2005). Ces proportions sont semblables au Québec;
- 17,6 % déclarent avoir pris une **consommation élevée d'alcool** 12 fois ou plus au cours d'une année (parmi la population de 12 ans et plus, en 2005). Cette proportion est semblable au Québec;
- 51,9 % déclarent avoir **consommé moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes** (parmi la population de 12 ans et plus, en 2003). Cette proportion est semblable au Québec;
- L'amélioration de certaines habitudes de vie peut avoir une influence pour conserver un poids santé et ainsi contribuer à réduire le risque de maladies chroniques. Depuis plusieurs années, la proportion de personnes obèses est en hausse au Québec^f. En 2005, dans la région, ce problème touche 14,5 % des personnes de 18 ans et plus. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir d'**obésité** (17,8 % contre 11 %) et d'embonpoint (37,0 % contre 29,9 %).
- En 2005, le taux de condamnations relié à des **infractions pour conduite avec les facultés affaiblies**^h est de 266 pour 100 000 titulaires de permis de conduire pour la région. Ce taux est de 166 pour le Québec. Bien que l'on note une tendance à la baisse depuis 2002, le taux régional est nettement supérieur à celui du Québec.

État de santé physique

- Au cours des dernières années, les taux de **décèsⁱ associés aux maladies cardiovasculaires** ont diminué et les taux de **mortalité par cancer** sont demeurés relativement stables. En conséquence, les tumeurs représentent pour la population de la région 32,3 % des décès de 2001 à 2005 et constituent ainsi la première cause de décès, suivies des maladies de l'appareil circulatoire (27,6 %).
- Pour la période 2001-2005, la région enregistre un taux de **décèsⁱ par cancer** de 212,6/100 000. Le taux de **décès pour maladies de l'appareil circulatoire** se chiffre à 183,0/100 000. Ces deux taux sont statistiquement inférieurs aux taux mesurés pour le reste du Québec. Ces deux causes de décès semblent plus importantes chez les hommes que chez les femmes.

- De 2001 à 2005, chez les hommes, les **cancersⁱ de la trachée, des bronches et du poumon** sont les plus mortels, suivis du **cancer colorectal** et de celui de la **prostate**. Chez les femmes, bien que le **cancer du sein** soit celui à l'origine du plus grand nombre de nouveaux cas^j, ce sont aussi les cancers de la trachée, des bronches et du poumon qui sont les premières causes de décès par cancer, suivi du cancer du sein et du cancer colorectal.
- Pour l'année 2003-2004, 17 714 personnes de 20 ans ou plus de la région savent qu'elles sont atteintes du **diabète^k**, représentant un taux de prévalence ajusté de 5,7 %. Ce taux est inférieur au taux québécois (6,4 %). Toujours chez les 20 ans ou plus, 6,4 % des hommes sont diagnostiqués diabétiques comparativement à 5,0 % des femmes.
- La région est durement touchée par les **accidents de véhicules à moteur^l**, le taux de mortalité de 2001 à 2005 étant de 10,9 par 100 000 habitants alors qu'il est de 5,6 ailleurs au Québec.
- Le taux de **conducteurs décédés**, ayant obtenu un taux **d'alcoolémie supérieur** à la limite permise^h (2001-2005) est également plus élevé pour la région que pour le Québec, soit 4,0 pour 100 000 titulaires de permis de conduire comparativement à 2,2. Toutefois, depuis 1990-1996, cet écart s'amenuise.
- En 2001, le **taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et indemnisées^e** à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) est nettement plus élevé dans la région (57,8 pour 1 000 travailleurs de 15 ans et plus) que pour le Québec (44,2).

État de santé psychosociale ou mentale

- La région est particulièrement touchée par la mortalité due au **suicide^l**, le taux de mortalité de 2001 à 2005 étant de 22,4 par 100 000 habitants alors qu'il était de 16,4 au Québec. Cette situation prévaut depuis 1981-1985 :
 - Les taux sont plus élevés que ceux du Québec pour tous les groupes d'âge à partir de 30 ans.
 - Ces taux sont nettement plus élevés chez les hommes.
 - Pour les deux sexes, ce sont les 30 à 49 ans qui sont les plus touchés.

a. Statistique Canada, *Recensements 1996 et 2001*.

b. Statistique Canada, *Enquête sur la population active*, 2007.

c. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2006.

d. Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques économiques et sociales, Statistique Canada, Division des comptes des revenus et dépenses, *Comptes économiques provinciaux, données provisoires*, 2007.

e. Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, gouvernement du Québec, 659 pages.

f. Statistique Canada, *Enquête de santé sur les collectivités canadiennes*.

g. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Fichiers des naissances*.

h. Fichier de la Société de l'assurance automobile du Québec.

i. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Fichier des décès*.

j. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Fichier des tumeurs*.

k. Institut national de santé publique du Québec, *Système québécois de surveillance du diabète*.

l. Roy, Saint-Hilaire, Léveillé, 2008.

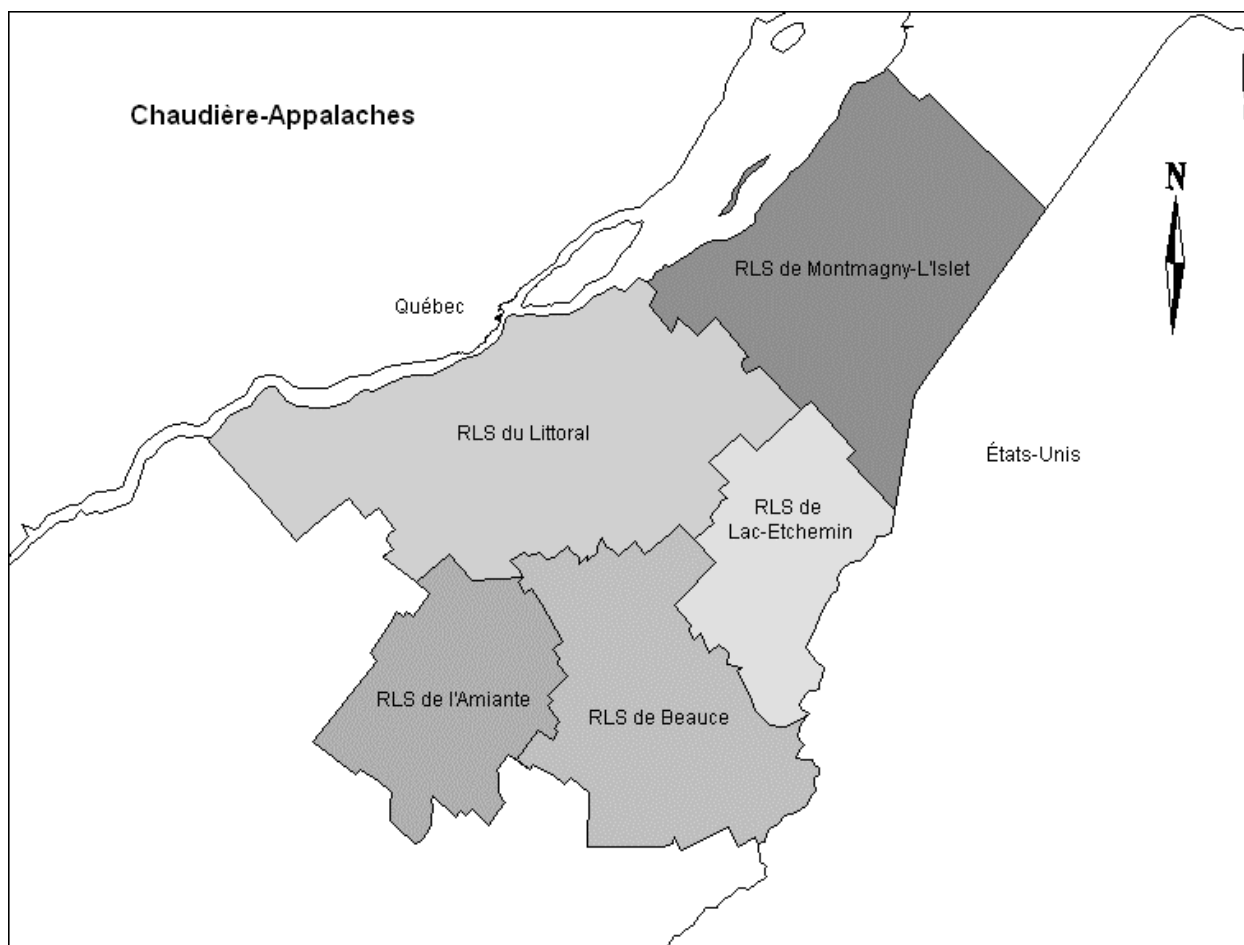
2.2 Les ressources

La région de la Chaudière-Appalaches est située en face de la région de la Capitale-Nationale, en bordure de la rive sud du fleuve Saint-Laurent. Elle est délimitée à l'est par la région du Bas-Saint-Laurent et est adjacente, à l'ouest, aux régions de l'Estrie et de la Mauricie et du Centre-du-Québec. D'une superficie totale de 15 129 km², la région est découpée en 136 municipalités, regroupées en neuf municipalités régionales de comté (MRC) auxquelles s'ajoute la ville de Lévis.

▣ Les réseaux locaux de services

Les services de santé et les services sociaux sont organisés sur une base territoriale en cinq (5) réseaux locaux de services (RLS), soit celui de Beauce, de Lac-Etchemin, du Littoral, de Montmagny-L'Islet et de l'Amiante.

FIGURE 1
Carte de la région de la Chaudière-Appalaches



□ Les établissements

En 2007, le réseau de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches comprend dix-sept (17) établissements : dix établissements publics et sept établissements privés (cinq conventionnés et deux non conventionnés).

Les établissements publics locaux

La région compte cinq centres de santé et de services sociaux (CSSS) correspondant aux cinq territoires de RLS :

- CSSS de Beauce (missions CLSC, CHSLD et CH)
 - Ce CSSS détient un mandat régional pour l'opération de la centrale Info-Santé/Social.
- CSSS des Etchemins (missions CLSC et CHSLD)
 - Ce CSSS détient un mandat régional d'hébergement de longue durée en santé mentale.
 - La mission CH est offerte par le CSSS de Beauce.
- CSSS du Grand Littoral (missions CLSC et CHSLD)
 - Ce CSSS détient une mission régionale comme centre désigné pour les victimes d'agression sexuelle.
 - Il détient une mission suprarégionale pour la Maison de naissance Mimosa.
 - La mission CH est offerte par le CHAU Hôtel-Dieu de Lévis.
- CSSS de Montmagny-L'Islet (missions CLSC, CHSLD et CH)
 - Ce CSSS détient une mission régionale pour les services de santé et sécurité au travail.
- CSSS de la région de Thetford (missions CLSC, CHSLD et CH)

Les établissements publics régionaux

La région compte cinq établissements régionaux desservant l'ensemble du territoire à partir de plusieurs points de service :

- CHAU Hôtel-Dieu de Lévis
Cet établissement offre des services dans les spécialités médicales et chirurgicales régionales suivantes :
 - Cardiologie, dermato-allergie, endocrinologie, gastro-entérologie, gériatrie, hémato-oncologie, neurologie, pneumologie, rhumatologie, physiatrie, santé publique, chirurgie vasculaire, thoracique, maxillo-faciale, plastie, urologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, biochimie médicale, laboratoire d'exploration vasculaire, microbiologie et infectiologie, médecine nucléaire et résonance magnétique et pharmacie.et des services dans les spécialités médicales et chirurgicales locales suivantes :
 - Psychiatrie (psychiatrie infantile et juvénile, psychiatrie adulte, psychogériatrie), médecine interne et pédiatrie, anesthésie et réanimation, chirurgie générale et orthopédique, obstétrique-gynécologie, anatomo-pathologie et radiologie diagnostique, médecine générale pour les services médicaux à l'urgence (urgentologie) et les soins palliatifs, services diagnostiques en électrocardiographie, laboratoire de physiologie respiratoire et laboratoire d'électrophysiologie.

Il a une mission suprarégionale en médecine hyperbare et contribue à l'offre de service du RUIS de l'Université Laval pour le territoire de ce dernier.

- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Chaudière-Appalaches détenant aussi la mission de réadaptation pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement (TED)
- Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Chaudière-Appalaches
- Centre jeunesse Chaudière-Appalaches (CJCA)
- Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA)

La région est desservie par le réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval en matière de soins spécialisés et surspécialisés. Le rôle d'un RUIS est de formuler à toute agence concernée ou au ministre, selon le cas, des propositions sur divers sujets, notamment l'offre de service dans les domaines d'expertise reconnus aux établissements ayant une désignation universitaire, la formation médicale, la répartition des étudiants des facultés de médecine et la prévention des ruptures de services. (LSSSS, a. 436.6).

Les établissements privés conventionnés

- CHSLD de l'Assomption (St-Georges de Beauce) inc. (RLS de Beauce)
- Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc. (RLS du Grand Littoral)
- CHSLD Chanoine-Audet inc. (RLS du Grand Littoral)
- Pavillon Bellevue inc. (RLS du Grand Littoral)
- CHSLD VIGI Notre-Dame de Lourdes (RLS du Grand Littoral)

Les établissements privés non conventionnés

- Villa mon Domaine (CHSLD) (RLS du Grand Littoral)
- Centre d'accueil le programme de Portage (Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes) suprarégional

❑ **Les partenaires des réseaux locaux de services¹²**

Outre les établissements régionaux et les établissements privés relatés à la page précédente, les RLS comptent les partenaires suivants :

TABLEAU I
Autres partenaires des RLS

Groupes Organismes Entreprises	RLS					Région
	Beauce	Le Littoral	Lac- Etchemin	Montmagny- L'Islet	L'Amiante	
Cliniques médicales	23	43	3	8	12	89
Groupes de médecine de famille (GMF)	2	8	1	1	1	13
Médecins	-	-	-	-	-	618
Omnipraticiens	-	-	-	-	-	374
Spécialistes	-	-	-	-	-	244
Pharmaciens d'établissements (ETP)	6	22,7	1,8	6,8	7	44,3
Pharmacies	28	55	6	13	13	115
Organismes communautaires	12	58	4	30	18	154¹³
Coopératives de services	2	2	1	2	1	8
Résidences pour personnes âgées ¹⁴	28	105	16	36	24	209
Unités locatives occupées ¹⁵	1 075	2 290	270	567	734	4 936¹⁶
Entreprises ambulancières	-	-	-	-	-	12
Techniciennes et techniciens ambulanciers	-	-	-	-	-	250
Services de premiers répondants	-	-	-	-	-	27
Premiers répondants	-	-	-	-	-	358

S'ajoutent aussi des ressources intermédiaires (RI) et des ressources de type familial (RTF) détenant des contrats avec des établissements publics.

12. Données 2007.

13. La région compte 154 organismes communautaires reconnus et financés : 122 organismes sont répartis dans chacun des 5 territoires de RLS; à ceux-ci s'ajoutent 7 organismes qui se partagent les régions de la Beauce et des Etchemins, 17 organismes régionaux ainsi que 8 organismes desservant plus de 2 territoires.

14. Données au registre des résidences pour personnes âgées de la région de Chaudière-Appalaches, le 31 mars 2007.

15. Une unité locative = chambre simple, chambre double ou logement.

16. Le nombre total d'unités locatives disponibles est de 5 553.

TABLEAU II
RI et RTF

Ressources	Établissement public					
	CSSS		CRDI CA		CJCA	
	Nombre de ressources	Nombre de places	Nombre de ressources	Nombre de places	Nombre de ressources	Nombre de places
Ressources de type familial	198	957	58	239	304	724
Ressources intermédiaires	23	324	35	207	4	10
TOTAL	221	1281	93	446	308	734

TABLEAU III
Le personnel du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la
Chaudière-Appalaches (Agence, établissements publics (EP) et privés conventionnés (EPC) au
31 mars 2007)

	Personnel cadre (hors cadres, cadres supérieurs, cadres intermédiaires)	Personnel en soins infirmiers et cardio respiratoire	Personnel paratechnique, 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
Établissements publics						
CSSS de Montmagny- L'Islet	45	397	406	142	209	1 199
CSSS de la région de Thetford	59	490	432	157	189	1 327
CSSS du Grand Littoral	61	610	737	194	387	1 989
CSSS de Beauce ¹⁷	67	742	599	245	376	2 029
CSSS des Etchemins	21	147	239	53	84	544
CHAU Hôtel- Dieu de Lévis	75	849	399	319	300	1 942
CRDI CA	34	68	187	37	359	685
CRDP CA	12	64	10	23	181	290
CJCA	47	3	93	74	403	620
Total	433	3 370	3 102	1 340	2 563	10 808
Établissements privés conventionnés						
CHSLD de l'Assomption	8	39	110	9	14	180
Pavillon Bellevue	2	22	62	5	4	95
CA St-Joseph de Lévis	11	66	126	12	5	220
CHSLD Chanoine- Audet	4	32	85	9	4	134
CHSLD VIGI Notre-Dame de Lourdes	4	21	42	1	10	78
Total	29	180	425	36	37	707
Total région	462	3 550	3 527	1 376	2 600	11 515
Agence	12	-	-	96	75	183

17. Incluant le personnel du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA).

3. LES ENJEUX ET LES ORIENTATIONS

Enjeu 1

Le maintien et le développement d'actions efficaces en protection, prévention et promotion de la santé et du bien-être en amont des problématiques prioritaires identifiées dans la région.

Un constat émerge des travaux conduits dans la région en préparation des projets cliniques et organisationnels des CSSS : il est essentiel de rehausser l'action en amont des problèmes de santé et de bien-être, tant pour améliorer la santé et le bien-être des collectivités que pour diminuer ses besoins de services curatifs et de soutien.

La mise en œuvre du Programme national de santé publique (PNSP) à l'échelle régionale et locale, l'intégration des activités de prévention efficaces dans les pratiques cliniques des intervenants du RLS ainsi que la consolidation du leadership des CSSS en promotion de la santé et du bien-être auprès des partenaires intersectoriels représentent les principaux aspects reliés à cet enjeu.

Orientation 1

Assurer, pour la population locale de chacun des territoires de RLS, l'accès aux services préventifs du programme-services de santé publique.

À titre de responsables de la mise en œuvre du programme-services de Santé publique sur leur territoire, les CSSS offrent les services de première ligne. Chacun convient, par entente de services et de collaboration avec la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) de l'Agence, de l'offre de service de deuxième ligne en santé publique pour l'ensemble de sa population et pour certains groupes de personnes plus vulnérables. L'ensemble des services se retrouvent dans le plan d'action local (PAL) de santé publique élaboré par le CSSS en lien avec le plan d'action régional (PAR) et le Programme national de santé publique (PNSP).

Orientation 2

Assurer l'application des pratiques cliniques préventives efficaces à l'intérieur des différents continuums de services.

Les pratiques cliniques préventives prévues dans le PNSP et reliées à des problématiques prioritaires identifiées dans la région seront intégrées dans les continuums de services par les intervenants de CSSS et les partenaires du RLS. Pour ce faire, ils seront soutenus par une formation appropriée et pourront compter sur l'assistance des intervenants de santé publique de première et deuxième ligne. Ces pratiques cliniques préventives se retrouvent dans les différents programmes-services autres que celui de santé publique.

Orientation 3

Actualiser la réalisation des stratégies intersectorielles de prévention et de promotion de la santé en lien avec la notion de responsabilité populationnelle des CSSS.

Dans le contexte de leur responsabilité populationnelle, les CSSS développent des stratégies d'influence auprès de leurs partenaires intersectoriels dont l'action peut contribuer au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. On pense en particulier à des domaines comme l'alimentation, l'activité physique, l'environnement, l'agriculture, la lutte aux inégalités, la fluoruration de l'eau potable et à d'autres champs d'intervention reliés à des besoins sociaux. Les CSSS peuvent compter sur le soutien de la DSPE pour exercer ce rôle.

Enjeu 2

L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les personnes les plus vulnérables.

La réforme des structures d'organisation des services de santé et des services sociaux amorcée en 2003 est directement liée à cet enjeu et vise des changements de culture et de pratiques professionnelles. Les nouvelles structures, et plus spécifiquement les CSSS et leur RLS, ont été mises en place et les missions de chaque instance ont été précisées par des amendements législatifs adoptés en décembre 2005.

Les travaux d'adaptation touchent tous les programmes-services et les programmes-soutien. Les défis sont certes d'ordre organisationnel, mais plus encore d'ordre professionnel puisque les changements et les améliorations attendues vont s'exprimer auprès des usagers principalement par l'intermédiaire des professionnels dans leur exercice.

Orientation 4	<i>Développer et consolider les services de première ligne.</i>
----------------------	--

Dans certains programmes-services, les services de première ligne existent depuis plusieurs années. Ceux-ci ont toutefois besoin d'être consolidés sur les plans de l'expertise et de l'accessibilité. Dans certains cas, un ajout de ressources peut s'avérer nécessaire.

Pour d'autres programmes-services, les services de première ligne n'existent pas ou n'existent qu'à l'état embryonnaire. Pour la plupart, les usagers concernés trouvaient une réponse à leurs besoins dans les établissements spécialisés qui les leur dispensaient par suppléance. Un développement de services de première ligne est à prévoir.

Orientation 5	<i>Développer et consolider les services spécialisés.</i>
----------------------	--

Cette orientation est un corollaire de la précédente. Les établissements spécialisés utilisent depuis longtemps une partie de leurs ressources pour fournir par suppléance des services de première ligne, amputant d'autant leur capacité de développer les services spécialisés qui sont l'essence de leur mission.

Là aussi, selon les programmes-services concernés, des travaux importants d'adaptation doivent être réalisés pour concentrer les activités de ces établissements sur le développement et la consolidation de leurs services spécialisés.

Orientation 6	<i>Assurer l'accessibilité aux services.</i>
----------------------	---

L'organisation des services par niveau d'accès de première, deuxième et troisième ligne a été mise en place pour assurer aux usagers l'accès aux services les plus appropriés à leurs besoins et pour utiliser, de façon optimale, l'expertise des professionnels qui dispensent ces services.

Toutefois, des précautions doivent être prises pour qu'en termes d'accessibilité, les usagers en tirent tous les bénéfices attendus. Ainsi, des mécanismes d'accès clairs et efficaces doivent être mis en place, en particulier pour les usagers qui doivent recevoir de façon concomitante des services de leur CSSS et d'établissements spécialisés.

Orientation 7

Assurer la continuité des services.

Les contextes contemporains de dispensation des services de santé et des services sociaux posent des défis majeurs de continuité.

D'un côté, les développements techniques et technologiques permettent de réduire au strict minimum le séjour en institution pour la très grande majorité des usagers, accentuant ainsi les attentes légitimes d'intégration sociale des personnes les plus vulnérables. D'un autre côté, face à une problématique de santé ou psychosociale, plusieurs expertises, donc plusieurs intervenants, peuvent contribuer à la recherche et à la mise en place de solutions. De plus, ces intervenants proviennent d'horizons multiples, c'est-à-dire de diverses disciplines professionnelles, œuvrant dans des organismes tant publics, que communautaires ou privés, et de la plupart des secteurs d'activité (santé et services sociaux, municipal, scolaire, etc.).

Dans un tel univers, les usagers, en particulier les plus vulnérables, se trouvent démunis tout en étant les premières victimes des bris de continuité. Des progrès importants ont été constatés dans l'amélioration de la continuité des services. Toutefois, plusieurs défis restent à relever tant du côté de l'organisation des services et de leur financement, que du côté des pratiques professionnelles et de celui des outils et des technologies pour soutenir les intervenants.

Les modifications apportées à la LSSSS en 2005 viennent préciser les rôles et responsabilités à l'égard de la continuité. Les intervenants du RLS¹⁸ sont responsables d'assurer « ... de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés. » (a. 99.3). Il faut noter toutefois que « La coordination des services offerts par les intervenants d'un réseau local de services de santé et de services sociaux est assurée par une instance locale. » (a. 99.4), soit le CSSS.

Le CSSS assume son rôle de coordination en définissant pour son territoire un projet clinique et organisationnel identifiant «... l'offre de service requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population » et « les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau. » (a. 99.5). Pour s'assurer de la coordination des services, le CSSS « doit : ... prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux, la continuité des services que requiert leur état; » (a. 99.7).

Enjeu 3

Un accès facilité, dans la région, aux services médicaux spécialisés.

Les services médicaux spécialisés se partagent entre ceux de deuxième ligne et ceux de troisième ligne. Dans l'un de ses avis, le Conseil médical du Québec a décrit les spécialités médicales et chirurgicales de deuxième ligne que l'on devrait retrouver aux niveaux local et

18. Soit : « ... les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux... » (LSSSS, a. 99.5)

régional¹⁹. Malgré cet avis, on constate que cette répartition locale/régionale peut varier d'une région à l'autre, selon certaines circonstances²⁰.

Malgré un indice global d'accès²¹ équivalent à l'attendu, la population de la région de la Chaudière-Appalaches éprouve certains problèmes d'accès dans sa région à des services médicaux spécialisés de deuxième ligne des niveaux local et régional. En outre, on constate qu'autour de vingt pour cent de ces services sont consommés dans la région de la Capitale-Nationale. Ceci a pour effet de diminuer dans notre région les masses critiques de population à desservir et de rendre plus difficile le recrutement d'équipes médicales suffisantes et stables.

La configuration géographique de la région, ses axes routiers et la répartition de la population sur les territoires de CSSS posent un défi important pour l'organisation des services médicaux spécialisés. D'un côté, le tiers de la population vit dans la partie sud et sud-est de la région. De l'autre, plus de la moitié de la population vit relativement près de la région de la Capitale-Nationale; plusieurs personnes font le choix d'y consommer des services.

Dans ce contexte particulier, l'Agence entend élaborer un plan d'organisation des services médicaux spécialisés avec les établissements de la région et les instances médicales régionales. Elle vise ainsi à doter la région d'une solide organisation de services médicaux spécialisés de deuxième ligne, tant au niveau local que régional.

Au niveau local, ce plan devrait favoriser la constitution d'équipes médicales suffisantes et stables pour les spécialités locales dans les CSSS et au CHAU Hôtel-Dieu de Lévis (CHAU HDL), à titre de centre hospitalier local pour le territoire du CSSS du Grand Littoral. Au niveau régional, l'expérience québécoise et plusieurs expériences étrangères montrent l'importance de retrouver un nombre significatif de mandats et de spécialités de niveau régional dans un centre hospitalier qui exerce une mission régionale. Il s'agit d'un rôle sous une autorité unique, alors que des facteurs géographiques, démographiques, de coûts et de qualité dictent l'organisation des lieux de dispensation.

Un groupe de travail du MSSS a identifié huit caractéristiques permettant de départager la fonction hospitalière régionale de la fonction locale²². Comme d'autres régions au Québec l'ont fait pour leur territoire, l'Agence a reconnu que le CHAU Hôtel-Dieu de Lévis possède ces caractéristiques et exerce en bonne partie cette mission régionale.

Trois de ces caractéristiques devraient toutefois être renforcées pour que la région puisse mettre en place des solutions durables à la problématique vécue en ce domaine.

19. Conseil médical du Québec, *Avis 95-03, sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : la hiérarchisation des services médicaux*, Québec, juin 1995, 47 p.

20. Selon l'avis du Conseil médical du Québec, le niveau local comprend : pour les spécialités médicales : psychiatrie, médecine interne et pédiatrie; pour les spécialités chirurgicales : anesthésie et réanimation, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, obstétrique-gynécologie; pour les spécialités de laboratoire et de radiologie : anatomo-pathologie et radiologie diagnostique. Le niveau régional comprend pour les spécialités médicales : cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, gériatrie, hématologie, néphrologie, neurologie, pneumologie, physiatrie, rhumatologie, oncologie médicale; pour les spécialités chirurgicales : chirurgie plastique, ORL, ophtalmologie, urologie; pour les spécialités de laboratoire et de radiologie : biochimie médicale, médecine nucléaire, microbiologie médicale et infectiologie. Le niveau suprarégional (troisième ligne) comprend pour les spécialités médicales : radio-oncologie; pour les spécialités chirurgicales : chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, neurochirurgie.

21. Indice d'accès aux services médicaux spécialisés en 2006 pour la région de Chaudière-Appalaches (tiré de la banque Consom, MSSS). Cet indice est basé sur l'effectif médical attendu par rapport à l'effectif réel; l'indice 1,00 signifie que l'effectif réel correspond à l'attendu. Ainsi, globalement pour la région, l'indice d'accès pour les spécialités locales est de 1,01 et pour les spécialités régionales, il est de 1,00.

22. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, Yvon Brunelle et Nicole Gauthier, Novembre 2005, 45 p.

Le taux de rétention de la consommation des services dans la région doit augmenter. Cette capacité à retenir la demande régionale devrait traduire la qualité des relations tissées entre les milieux locaux et régionaux, l'adéquation entre les services attendus et la réponse obtenue ainsi que la confiance des usagers et des médecins référents. En outre, la configuration géographique, les axes routiers et la répartition démographique incitent à envisager la déconcentration de certains services vers les CSSS dans la mesure où les impératifs de coûts et de qualité sont rencontrés.

La hiérarchisation dans la dispensation des services implique, pour le CHAU HDL, un leadership clinique et une participation au développement de divers programmes de soins, en plus d'une responsabilité envers les établissements de sa région en cas de ruptures de services.

En troisième lieu, une bonne organisation de services médicaux spécialisés repose sur une cohérence clinique, c'est-à-dire des regroupements de spécialités cohérents qui se soutiennent mutuellement et qui sont aussi en situation de support auprès des CSSS, de leur centre hospitalier et des cliniques médicales.

Enfin, l'organisation des services médicaux spécialisés doit prendre en compte les critères de performance clinique et économique en développement par le MSSS ainsi que le résultat des expériences dans certaines régions concernant l'achat de services dans les secteurs de la chirurgie et des tests diagnostiques d'imagerie médicale.

<i>Orientation 8</i>	<i>Assurer au niveau local l'accès aux services médicaux spécialisés dans les spécialités médicales et chirurgicales locales.</i>
-----------------------------	--

Pour assurer un accès local dans les spécialités médicales et chirurgicales reconnues comme locales, le recrutement d'équipes médicales stables et suffisantes constitue un défi important. Il peut être relevé par la révision de l'organisation des services et par l'analyse d'autres possibilités comme des équipes qui travaillent dans le cadre d'ententes de complémentarité entre des territoires pour assurer la garde et pour éviter les ruptures de services.

<i>Orientation 9</i>	<i>Assurer au niveau régional l'accès aux services médicaux spécialisés dans les spécialités médicales et chirurgicales régionales.</i>
-----------------------------	--

L'Agence reconnaît l'importance de consolider des équipes médicales et chirurgicales cohérentes et accessibles qui augmenteront la rétention de la consommation dans la région des services médicaux spécialisés de niveau régional. Le plan d'organisation à élaborer devra préciser les stratégies et la répartition des rôles pour y parvenir.

<i>Orientation 10</i>	<i>Assurer dans la région de la Chaudière-Appalaches ou de la Capitale-Nationale l'accès aux services médicaux spécialisés de troisième ligne.</i>
------------------------------	---

L'Agence et le CHAU HDL sont membres du réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval. Cette appartenance permet à l'Agence de convenir avec ses partenaires du RUIS d'ententes pour assurer à la population de Chaudière-Appalaches l'accès aux services médicaux spécialisés de troisième ligne dans la région de la Capitale-Nationale.

Notre région partage aussi une frontière commune avec la région de l'Estrie. L'Agence entend évaluer la consommation de services par la population de notre région située près de cette frontière et prendre, le cas échéant, des dispositions pour assurer un accès adéquat à des services de troisième ligne dans cette région.

Orientation 11	<i>Consolider la mission universitaire du centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis.</i>
-----------------------	--

La région peut compter sur un centre hospitalier avec une mission régionale qui détient de surcroît une affiliation universitaire, un autre atout pour assurer à la population des services de santé de haute qualité. Le CHAU HDL contribue à ce titre à l'offre de service du RUIS de l'Université Laval.

Dans le cadre des travaux du RUIS, l'Agence entend soutenir le développement de centres d'expertise et de services médicaux spécialisés (par ex. : le centre d'expertise en douleur chronique, la médecine hyperbare, la neurologie, la gastro-entérologie) dans la région de la Chaudière-Appalaches pour une couverture régionale et le cas échéant, suprarégionale.

Enjeu 4

L'amélioration de la qualité des services.

La qualité des services constitue pour tous les paliers du réseau de la santé et des services sociaux une préoccupation permanente. Les questions de qualité sont traitées à plusieurs niveaux. Il y a d'abord la prestation de services elle-même avec ses volets technique, sécuritaire et relationnel. Nous considérons aussi l'accessibilité au service dans un délai raisonnable, sans bris de continuité. Il y a enfin les mécanismes d'assurance de la qualité ainsi que la collecte et l'analyse d'information provenant de différentes sources, dont les rapports de visites, les rapports sur les plaintes, etc.

Orientation 12	<i>S'assurer de la prestation sécuritaire des services.</i>
-----------------------	--

L'Agence entend continuer à déployer avec son réseau des efforts importants et continus pour assurer la prestation sécuritaire des services en accord avec les orientations ministérielles.

Orientation 13	<i>S'assurer, selon le type de responsabilité confié à l'Agence, de la mise en place des mesures requises pour un milieu de vie et des services de qualité pour les personnes vivant en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en ressources intermédiaires (RI) ou de type familial (RTF) ainsi qu'en résidences pour personnes âgées (RPA).</i>
-----------------------	--

À l'égard des milieux de vie relevant du secteur public, l'Agence s'assure de l'implantation des orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité (2003). Chacun des établissements dépose à l'Agence des plans d'action à cet effet. De plus, elle participe aux visites d'appréciation de la qualité des services dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que dans les ressources intermédiaires (RI) ou de type familial (RTF). Elle assure le suivi des plans d'amélioration de la qualité qui en découlent.

Concernant les résidences pour personnes âgées, l'Agence est responsable de l'émission d'un certificat de conformité aux conditions d'obtention déterminées par règlement du gouvernement.

Elle détient également le pouvoir de s'assurer de l'observance des conditions d'obtention du certificat et elle peut intervenir en cas de contravention.

Orientation 14	<i>Mettre à la disposition des administrateurs, des gestionnaires, des intervenants et de la population, selon leurs besoins respectifs, de l'information clinique et administrative pertinente pouvant soutenir la prise de décision, le suivi de gestion, l'évaluation et la reddition de comptes sur les services rendus.</i>
-----------------------	---

L'Agence est responsable de l'implantation dans sa région des systèmes d'information découlant de l'architecture globale des systèmes d'information et des technologies qui les supportent élaborée par le MSSS. Elle a aussi pour fonction, avec son réseau régional, de concevoir et de mettre en place des systèmes d'information répondant à des besoins régionaux et locaux.

Orientation 15	<i>Évaluer la performance globale du réseau régional au regard de l'adaptation du réseau de services aux besoins de la population, du maintien des valeurs régionales privilégiées, de l'atteinte des buts et de la production des services.</i>
-----------------------	---

L'Agence détient en autres mandats celui « d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus²³; ». De concert avec son réseau régional, elle entend mettre en place un mécanisme d'évaluation de la performance en vue d'améliorer l'organisation et la qualité des services.

Elle se dote aussi d'outils d'information et de mécanismes de gestion permettant la reddition de comptes aux autorités ministérielles.

Enjeu 5

La gestion efficiente et l'optimisation des ressources consacrées à la dispensation des services.

L'énoncé de cet enjeu relève à priori de la bonne gestion. Appliqué au domaine de la santé et des services sociaux, cet enjeu comporte une autre dimension puisqu'il est lié à un contexte de rareté de main-d'œuvre et de ressources. La rareté de la main-d'œuvre relève en majeure partie de la démographie. La rareté de ressources découle principalement, quant à elle, de l'augmentation constante de la demande qui provoque l'inadéquation quasi permanente entre les besoins et les ressources disponibles.

Orientation 16	<i>Assurer la disponibilité de la main-d'œuvre suffisante en nombre avec l'expertise appropriée pour répondre aux besoins de la population régionale.</i>
-----------------------	--

Le rôle de l'Agence consiste à élaborer, « en tenant compte des orientations déterminées par le ministre et des politiques qu'il établit et en collaboration avec les établissements et les

23. LSSSS, a. 340, par. 7.2°.

organismes concernés, des plans régionaux en matière de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines et veille à leur application. » À cet effet, « elle met en place un système d'information sur la main-d'œuvre favorisant notamment l'élaboration des plans régionaux » ... et « elle coordonne les activités de perfectionnement du personnel et la préparation de la relève dans le cadre de la mise en œuvre des plans régionaux...²⁴ ».

L'Agence doit aussi élaborer un plan des effectifs médicaux de la région conformément aux règles prévues à la loi²⁵.

Les objectifs poursuivis par les activités de l'Agence et des établissements touchent la disponibilité de la main-d'œuvre, la mobilisation du personnel ainsi que le développement et le maintien de ses compétences.

Orientation 17	<i>Assurer la répartition équitable des ressources financières entre les programmes-services et les programmes-soutien, entre les territoires et entre les établissements de la région.</i>
-----------------------	--

Au cours des dernières années, le MSSS a développé une méthodologie de répartition équitable des ressources entre les régions et les programmes-services et les programmes-soutien. L'Agence entend traduire au niveau régional cette méthodologie de répartition en développant des outils de gestion permettant de guider le processus d'allocation régionale des ressources.

Orientation 18	<i>Assurer la disponibilité des outils informatisés et d'échange d'information, selon les plans et orientations ministériels, en vue de soutenir les processus cliniques et les mécanismes d'intégration des services.</i>
-----------------------	---

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a planifié des investissements importants dans le développement d'outils informatisés et d'échange d'information pour mieux soutenir le travail clinique des professionnels et améliorer la qualité des services. La région entend consacrer des efforts majeurs pour doter son réseau régional de ces outils.

Orientation 19	<i>Assurer l'utilisation optimale des équipements et des immeubles en vue de produire des soins et des services accessibles et de qualité.</i>
-----------------------	---

Le développement constant des technologies et des techniques d'intervention nécessite la mise à jour et le remplacement d'équipements et l'adaptation des immeubles. L'accessibilité et la qualité des soins et des services de même que l'utilisation optimale des ressources sont des éléments importants qui guident les décisions d'investissement dans ce secteur.

24. LSSSS, a. 376.

25. LSSSS, a. 377 ss.

4. LES OBJECTIFS ET LES ACTIONS PAR PROGRAMMES-SERVICES ET PROGRAMMES-SOUTIEN

Des enjeux identifiés et des orientations retenues découlent des objectifs et des actions qui sont classés en programmes-services et en programmes-soutien. Leur réalisation s'échelonne sur une période de quatre ans, l'an 1 correspondant à l'année 2007-2008. Sauf de rares exceptions, les indicateurs de résultats sont ceux des ententes de gestion et leur numérotation correspond à celle du MSSS. Les objectifs et actions portent principalement sur trois axes :

- l'accès,
- la continuité,
- la consolidation et, le cas échéant, le développement des services par niveau (1^{re}, 2^e et 3^e ligne) dans chaque programme-services.

Les objectifs et actions ont aussi été élaborés à partir des informations obtenues lors des travaux ayant conduit à l'élaboration des balises régionales en soutien aux projets cliniques et organisationnels des CSSS auxquels ont contribué plus de 350 cadres et intervenants du réseau régional. Ils tiennent également compte des travaux entrepris par les comités régionaux sur les ressources humaines et sur les ressources informationnelles. Ils seront complétés par l'exercice en cours à la Direction de santé publique et de l'évaluation pour la révision du plan d'action régional en santé publique.

□ L'interdépendance des programmes-services

Des liens importants doivent être créés entre les programmes-services. À titre d'illustration, la dépendance découlant de la perte d'autonomie liée au vieillissement doit être évitée ou diminuée le plus longtemps possible, compte tenu des finalités du système, soit la santé et le bien-être des personnes. Pour ce faire, le concours de plusieurs autres programmes-services devient indispensable. En outre, il faut considérer l'interdépendance des programmes-services en ce qui concerne leur performance respective. Par exemple, cette influence mutuelle paraît assez évidente pour les aînés entre le programme Santé physique, volet centre hospitalier, et le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Le tableau IV illustre, sans être exhaustif, d'importantes cibles d'intervention en ce sens du point de vue du programme-services PALV.

TABLEAU IV
Les cibles d'intervention du point de vue du programme-services PALV

Programme-services	Cibles d'intervention
1. Santé publique	- programme de prévention des chutes; - repérage de l'hypertension artérielle; - saines habitudes de vie;
2. Services généraux	repérage de la perte d'autonomie ou du risque;
3. Santé physique	- repérage de la perte d'autonomie ou du risque à l'unité d'urgence ou à l'admission en centre hospitalier; - standards de pratique reconnus à l'unité d'urgence ou lors d'une hospitalisation en soins aigus, en particulier lors du traitement de personnes âgées victimes de chutes, de fractures ou d'accidents vasculaires cérébraux;
4. Perte d'autonomie liée au vieillissement	l'accès rapide à des services et des soins de longue durée en vue d'éviter des séjours non pertinents en soins aigus et une plus grande perte d'autonomie;
5. Déficience physique	l'accès aux services de réadaptation physique;
6. Déficience intellectuelle	l'accès à l'expertise spécialisée en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement pour soutenir les intervenants du programme PALV dans leurs interventions auprès de ces personnes avec des besoins particuliers;
7. Santé mentale	diagnostic et traitement des problèmes de santé mentale par rapport aux problèmes découlant des maladies neurodégénératives.

□ Les indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultats utilisés au regard des actions proviennent des ententes de gestion, sauf quelques exceptions. Ils incluent les nouveaux indicateurs introduits par le MSSS en 2007-2008. La numérotation du MSSS est utilisée pour en faciliter le repérage.

4.1 Programme-services : Santé publique

« La santé publique vise un grand objectif social : améliorer la santé et le bien-être général de la population par des actions qui se situent, la plupart du temps, avant que les problèmes ne surviennent. Le programme Santé publique est fondé sur une perspective populationnelle, c'est-à-dire qu'il s'adresse à l'ensemble de la population. Les actions de santé publique peuvent toutefois viser des groupes cibles qui partagent certains traits communs tels que l'exposition aux mêmes facteurs de risque, les conditions de vie particulières, etc.

La santé publique remplit quatre fonctions essentielles :

- ❑ La **surveillance continue de l'état de santé de la population** comprend les activités qui permettent d'évaluer l'état de santé de la population et de recueillir des données sur les déterminants de la santé afin d'en informer la population et les personnes qui s'occupent de la planification des services sociaux et de santé.
- ❑ La **promotion de la santé et du bien-être** inclut l'ensemble des actions qui visent à laisser aux individus, aux groupes et aux communautés une plus grande emprise sur leur santé par l'amélioration de leurs conditions et de leurs modes de vie.
- ❑ La **prévention** englobe des activités qui visent avant tout à réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi qu'à détecter les signes hâtifs des problèmes psychosociaux ou de santé.
- ❑ La **protection de la santé** regroupe les activités relatives à l'intervention des autorités auprès de groupes ou de toute la population en cas de menace réelle ou appréhendée pour la santé.

Enfin, les activités de santé publique sont réalisées aux trois paliers du système de santé et de services sociaux : national, régional et local. La présentation de l'architecture des services de première ligne (tableau V) montre que, au niveau local, la plupart des activités de promotion et de prévention, qu'elles s'adressent à l'ensemble de la population (services généraux) ou à des groupes vulnérables (services spécifiques), sont comprises dans le programme Santé publique²⁶. »

26. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes de services et les programmes de soutien*, 2004, p. 12.

TABLEAU V

Services offerts en première ligne (sauf l'urgence)			
Services généraux		Services spécifiques	
Activités de promotion, et de prévention	Activités cliniques et d'aide	Activités de promotion et de prévention	Activités cliniques et d'aide
Interventions de santé publique selon une approche populationnelle.	Activités qui répondent aux besoins individuels des personnes présentant des problèmes ponctuels et aigus.	Interventions de santé publique qui visent des problématiques particulières .	Activités qui répondent aux besoins individuels des personnes qui vivent dans leur communauté et qui doivent recevoir à moyen ou à long terme des services qui leur sont propres.
Ex. : Vaccination	Ex. : Intervention psychosociale	Ex. : Soutien aux familles vivant dans l'extrême pauvreté	Ex. : Soutien à une personne en perte d'autonomie
Destinés à toute la population		Destinés à des problématiques particulières	

: Activités comprises dans le programme Santé publique.

: Contour du programme Services généraux – activités cliniques et d'aide.
Ce programme comprend les services généraux autres que les activités de promotion-prévention.

: Services spécifiques qui font partie des programmes répondant à des problématiques particulières : Jeunes en difficulté, Santé mentale, Déficience intellectuelle, Déficience physique, Dépendances et Perte d'autonomie liée au vieillissement et Santé physique.

« Le tableau ci-dessus montre que les services de première ligne comprennent des services généraux et des services spécifiques. La distinction entre les services généraux et les services spécifiques repose, en grande partie, sur la nature des besoins auxquels ils répondent et sur la durée de ces services.

- ❑ Les services généraux répondent aux besoins de l'ensemble de la population, tandis que les services spécifiques répondent aux besoins des personnes aux prises avec des problématiques particulières.
- ❑ Les services généraux sont ponctuels et aigus alors que les services spécifiques sont des services de longue durée. Cette distinction s'applique pour les activités cliniques et d'aide²⁷. »

Objectifs ministériels Les objectifs ministériels sont tirés du Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux publié en 2005. Il énonce d'abord une orientation générale liée à l'un des enjeux du plan, savoir :

« Enjeu 1 : Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes.

- ❑ Améliorer la santé et le bien-être de la population par une action efficace en **promotion**, en **prévention** et en **protection**.

Axe : promotion-prévention

1. Poursuivre l'implantation des activités prévues au Programme national de santé publique 2003-2012. (Note : on retrouve, dans

27. Ibid., p. 29.

les actions qui suivent, des cibles en promotion et en prévention touchant l'ensemble de la population ou des groupes particuliers.).

2. Élaborer et implanter une stratégie de soutien à l'action intersectorielle, notamment en matière :
 - de sécurité et de transport
 - d'alimentation et d'activité physique
 - d'agriculture et environnement
 - de lutte aux inégalités

Axe : protection

Gérer les risques et les menaces pour la santé de la population

3. Élaborer et mettre en place un plan d'intervention en cas de pandémie.
4. Poursuivre la mise en œuvre du Programme d'immunisation du Québec et du système d'information vaccinal.
5. Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)²⁸. »

**Objectifs de la région
de la
Chaudière-Appalaches**

Les objectifs ministériels sont inclus dans le Programme national de santé publique (PNSP). Chacune des mesures du PNSP applicables au niveau régional (services de deuxième ligne de la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) de l'Agence) et au niveau local (services de première ligne des CSSS) a fait l'objet d'un état de situation relatif à la problématique ciblée ainsi que sur le degré d'implantation de la mesure.

Pour la période 2008-2012, l'élaboration, du plan d'action régional (PAR) et des plans d'action locaux (PAL) permet de préciser les priorités de consolidation. Parmi celles-ci, les actions ci-après constituent les priorités de la DSPE et des CSSS. Elles sont présentées selon les domaines et les fonctions utilisées dans la structure du PNSP, savoir :

1. Domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale
2. Domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques
3. Domaine des traumatismes non intentionnels
4. Domaine des maladies infectieuses
5. Domaine de la santé environnementale
6. Domaine de la santé au travail
7. Domaine relatif à la fonction surveillance en santé publique

28. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, p. 21.

LES ACTIONS**1. Domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale**

- ❑ Compléter le déploiement des services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) en visant le maintien des services à long terme²⁹;

Indicateurs :

- Nombre de CSSS ayant complété le déploiement du programme SIPPE (dernière cohorte NÉGS en 2009-2010)
- % de la clientèle rejointe (PSJP + NEGS)

- ❑ Poursuivre l'implantation de l'approche « École en santé » dans la région, selon le scénario de déploiement convenu dans l'entente signée entre les partenaires³⁰;

Indicateur :

- Proportion des écoles qui intègrent l'approche « École en santé »

- ❑ Poursuivre les activités de prévention du suicide dans le contexte de la nouvelle approche intégrée de prévention du suicide et des problèmes d'adaptation sociale, en suivi des recommandations contenues dans le rapport du directeur de santé publique³¹;
 - S'assurer que les CSSS ont procédé au déploiement des réseaux de sentinelles en collaboration avec les partenaires intersectoriels afin de rejoindre les personnes ciblées³².
- ❑ Promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives³³ relatives aux clientèles vulnérables et à risque, notamment les femmes enceintes et leurs bébés, les jeunes en matière de sexualité, les adultes et personnes âgées avec problème de dépression ou victime de violence, et les personnes âgées victimes d'abus ou négligence³⁴.

2. Domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques

- ❑ Poursuivre la mise en œuvre des interventions relatives aux saines habitudes de vie, dont le programme de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques (approche globale et intégrée : 0-5-30) et le soutien à la coordination régionale dans la mise en œuvre du Plan gouvernemental sur la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des problèmes liés au poids³⁵;

29. Voir aussi le programme-soutien aux jeunes parents (PSJP) dans le programme-services Jeunes en difficulté.

30. Entente de partenariat concernant le déploiement de l'approche « École en santé » dans les écoles primaires et secondaires, privées et publiques de la région de Chaudière-Appalaches 2005-2010, Décembre 2005, 8 p.

31. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, St-Hilaire, Paré et Roy, *Rapport du directeur de santé publique sur la santé de la population de Chaudière-Appalaches : La problématique du suicide*, 2006, 51 p.

32. Voir aussi la section sur la réduction du nombre de suicides dans le programme-services Santé mentale.

33. Définition des pratiques cliniques préventives : « Un ensemble d'interventions (counseling, immunisation et chimioprophylaxie) réalisées par un professionnel de la santé (clinicien) auprès d'un patient, visant à promouvoir la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux. Les PCP sont étroitement associées au travail des cliniciens œuvrant en 1^{re} ligne de soins, même si certaines d'entre elles sont aussi exercées en 2^e ligne » (S. Groulx).

34. Pour les personnes âgées victimes d'abus ou de négligence, voir la section des interventions en prévention auprès des aînés dans le programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV).

35. Voir aussi le début de la section du réseau de services intégrés de lutte contre le cancer dans le programme-services Santé physique.

Indicateur :

- Nombre de fumeurs (groupes et individus) qui ont reçu des services dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT)

- Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein^{36 37};

Indicateur :

1.1.3 Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

- Promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives pour le counselling concernant les saines habitudes de vie et la santé dentaire, ainsi que pour la détection précoce des maladies chroniques comme le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et l'hypertension artérielle.

3. Domaine des traumatismes non intentionnels

- Déployer l'intervention multifactorielle non personnalisée, soit la réalisation de séances du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)³⁸, visant à prévenir les chutes chez les aînés vivant à domicile;
- Soutenir les cliniciens dans l'évaluation multifactorielle des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées^{39 40}.

4. Domaine des maladies infectieuses

- Dispenser des services de dépistage auprès des clientèles à risque au regard du VIH/sida, du virus de l'hépatite C (VHC) et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS);

Indicateurs :

1.1.6 Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes dans les lieux où sont situés les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE) (CSSS mission CLSC);

1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEPE.

- Consolider les interventions concertées en établissement de soins visant à réduire l'incidence des infections nosocomiales et la transmission des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques, conformément au plan d'action régional de prévention d'infections nosocomiales⁴¹;

36. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme québécois de dépistage du cancer du sein, Cadre de référence*, 1996, 67 p.

37. Voir aussi la section du réseau de services intégrés de lutte contre le cancer dans le programme-services Santé physique.

38. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, *Vision stratégique et Plan régional de mise en œuvre 2005-2010 des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, 2005, 28 p.

39. Op. cit.

40. Pour plus de détails sur la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile, voir la section sur les interventions de prévention auprès des aînés du programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV).

41. Voir aussi la section sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales dans le programme-soutien Administration et soutien aux services.

- ❑ Assurer l'actualisation du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)⁴² notamment en regard du respect du calendrier de vaccination pour le Pentacel, le Prevnar et le vaccin contre le méningocoque du groupe C;
- ❑ Élaborer et préparer le plan de réponse de la Direction de santé publique et de l'évaluation et des établissements à une pandémie d'influenza afin d'assurer la continuité des services de santé publique prioritaires et les activités spécifiques de 1^{re} et 2^e ligne prévues pour la pandémie⁴³;
- ❑ Réaliser les campagnes annuelles de vaccination de l'influenza saisonnière auprès de la clientèle ciblée et celle à risque d'infection invasive du pneumocoque, et soutenir les partenaires vaccinateurs.

5. Domaine de la santé environnementale

- ❑ Réaliser les enquêtes (épidémiologiques et autres) et les interventions appropriées dans les cas d'éclosions et d'intoxications ainsi que dans les cas de dépassement des normes ou des problématiques pouvant présenter des risques à la santé potentiellement liés à l'eau potable et aux eaux de baignade;
- ❑ Développer et consolider le partenariat local avec les organismes pertinents dans le but de diminuer les problèmes de santé associés aux facteurs de risque présents dans l'environnement⁴⁴.

6. Domaine de la santé au travail

- ❑ Actualiser les services de santé au travail en réalisant les activités ou en fournissant les services prévus aux ententes de gestion et d'imputabilité avec la CSST⁴⁵ et le CSSS de Montmagny-L'Islet (enquêtes MADO, surdité et ses conséquences, intoxications, etc.)⁴⁶.

7. Domaine relatif à la fonction surveillance en santé publique

- ❑ Poursuivre la mise en œuvre du Plan régional de surveillance⁴⁷ en santé publique par le suivi des indicateurs qui y sont ciblés.

42. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Protocole d'immunisation du Québec*, 1999 et mises à jour subséquentes.

43. Voir aussi la section « Protéger la santé de la population (santé publique) » dans le chapitre 4.12 Pandémie d'influenza.

44. Voir aussi la section du réseau de services intégrés de lutte contre le cancer dans le programme-services Santé physique.

45. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches et Commission de la santé et de la sécurité du travail, *Entente spécifique de gestion et d'imputabilité 2007 dans le cadre du programme des services de santé au travail*.

46. Voir aussi la section sur le réseau de services intégrés de lutte contre le cancer dans le programme-services Santé physique.

47. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, *Plan régional de surveillance en santé publique : région de Chaudière-Appalaches*, 2006, 123 p.

4.2 Programme-services : Services généraux – activités cliniques et d'aide⁴⁸

« Les services de première ligne regroupent deux grands types de service : les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécifiques pour des problématiques particulières⁴⁹. À l'intérieur de ces deux grands types de service, on retrouve des activités de promotion-prévention et des activités cliniques et d'aide.

Cependant, le programme de Services généraux – activités cliniques et d'aide, comme son nom l'indique, comprend uniquement les services généraux qui sont des activités cliniques et d'aide. Il exclut donc les activités de promotion-prévention. Ce programme regroupe les services qui possèdent les caractéristiques suivantes :

- Ce sont des services qui s'adressent à l'ensemble de la population;
- Ce sont des services de proximité, c'est-à-dire des services qui sont accessibles localement à partir d'un établissement, du cabinet de médecin ou du groupe de médecine de famille;
- Ce sont généralement des services individuels destinés à répondre aux besoins des personnes présentant des problèmes ponctuels et aigus.

... La liste suivante énumère les services que l'on retrouve dans le programme. Elle est sujette à révision, au fil du temps, afin de s'assurer qu'elle répond toujours aux besoins en services généraux pour chaque territoire local, quel que soit le lieu de dispensation.

□ Services inclus dans le programme de Services généraux – activités cliniques et d'aide

- Information/orientation
- Services infirmiers (par ex. : Info-Santé, planification des naissances, etc.)
- Services de soutien diagnostique
- Services de nutrition
- Services de physiothérapie
- Services psychosociaux pour les jeunes et les adultes
- Services à domicile de court terme (personnes postopérées et posthospitalisées)
- Services d'intervention en cas d'urgence et de sinistre
- Services d'action communautaire
- Services de suivi complet de maternité par une sage-femme

Lorsqu'un service du même type que ceux mentionnés ci-dessus (par ex. : les services infirmiers) est organisé pour répondre à une problématique particulière (santé mentale, déficience physique, etc.), il n'est pas considéré comme un service appartenant au programme de Services généraux – activités cliniques et d'aide⁵⁰.

48. Les services d'assistance sont compris dans les services d'aide.

49. Les services spécifiques font partie des programmes-services prévus pour les problématiques particulières, qui requièrent généralement des services de longue durée.

50. Il faut noter, en se référant aux dispositions applicables du cadre normatif de I-CLSC, que cette affirmation s'applique à un service qui fait partie d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou d'un plan de services individualisé (PSI). Dans le cas où le service est dispensé sur une base ponctuelle pour une personne ayant par ailleurs un profil de besoins particuliers (par ex. : la santé mentale, déficience physique, etc.) le service fait partie du programme-services Services généraux – activités cliniques et d'aide.

□ Complément d'information sur le programme de Services généraux – activités cliniques et d'aide

- Tous les services généraux sont des services de proximité, mais tous les services de proximité ne sont pas des services généraux.
- Certains services sont dits conjoints, c'est-à-dire qu'ils peuvent être considérés à la fois comme des activités cliniques et d'aide et des activités de promotion-prévention. Selon les données disponibles, ces services sont classés dans le programme de Services généraux – activités cliniques et d'aide ou dans le programme Santé publique ou, encore, ils sont répartis entre ces deux programmes.
- Les services de soutien à domicile de longue durée ne font pas partie du programme de Services généraux – activités cliniques et d'aide, ce sont des services spécifiques. Les services pour les personnes postopérées et posthospitalisées relèvent du programme de Services généraux – activités cliniques et d'aide, car ce sont des services qui répondent à des besoins ponctuels⁵¹. »

Objectifs ministériels Les objectifs ministériels sont tirés du Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux publié en 2005. Il énonce d'abord une orientation générale liée à l'un des enjeux du plan, savoir :

« Enjeu 2 : L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables [et à cette fin], améliorer l'accès aux services généraux de première ligne et réduire l'encombrement des urgences⁵² ».

« *Axe : services médicaux généraux*

1. Assurer à la population l'accès à un médecin de famille, notamment par la mise en place de l'équivalent de 300 GMF.

Axe : services infirmiers et psychosociaux généraux

2. Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services infirmiers et psychosociaux généraux :
 - en augmentant le nombre de personnes desservies;
 - en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.
3. En tout temps, garantir à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-Santé 24/7, dans un délai de moins de 4 minutes.
4. Assurer, dans tous les territoires locaux, une garde 24/7 en soins infirmiers et en services sociaux⁵³ ».

Objectifs de la région de la Chaudière-Appalaches

La région met en place les actions nécessaires à la réalisation des objectifs ministériels pour ce programme. Toutefois des objectifs spécifiques à la région sont identifiés, savoir :

51. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes de services et les programmes de soutien*, 2004, p. 12-14.

52. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, p. 19.

53. Ibid., p. 22.

Axe : services médicaux généraux

8. Améliorer l'accessibilité aux services médicaux généraux et assurer aux citoyens de la région un accès à un médecin de famille;

Axe : services infirmiers et psychosociaux généraux

9. Améliorer l'accessibilité aux soins infirmiers courants et aux services psychosociaux généraux;

Autres services

10. Augmenter l'utilisation des services d'Info-Santé et d'Info-Social;
11. Rendre accessibles des services de pastorale adaptés aux besoins des personnes concernées;
12. Améliorer l'accès dans la région aux services d'interruption volontaire de grossesse (IVG);
13. Augmenter l'accessibilité aux services de sages-femmes;
14. Réviser le continuum de services à l'intention des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) léger;
15. Assurer l'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région de la Chaudière-Appalaches;
16. Mettre en place avec les partenaires intersectoriels le Plan communautaire de lutte contre l'itinérance de la région de la Chaudière-Appalaches 2007-2009⁵⁴.

LES ACTIONS

8. Améliorer l'accessibilité aux services médicaux généraux et assurer aux citoyens de la région un accès à un médecin de famille

- S'assurer que les CSSS ont mis en place les mesures suivantes pour les cliniques médicales membres du réseau d'accessibilité aux services médicaux de première ligne, savoir :
 - Dans au moins un point de service par territoire de CSSS, l'horaire d'accès minimal aux services médicaux de première ligne, avec ou sans rendez-vous, est de 9 h à 21 h en semaine et de 9 h à 13 h les fins de semaine et jours fériés.
 - Les médecins bénéficient de soutien à leur pratique professionnelle par :
 - l'accès à des infirmières et à des professionnels œuvrant dans les domaines psychosocial, de la réadaptation et de la nutrition;
 - une entente sur les modalités de fonctionnement au regard des ordonnances collectives;
 - l'accès à des services diagnostiques de base pour leurs patients, en particulier pour les horaires défavorables, c'est-à-dire la fin de semaine et les jours fériés, ainsi que des résultats rapides transmis par des moyens de communication électronique;
 - l'accès à des consultations et à des services diagnostiques spécialisés pour leurs patients;
 - une entente sur les modalités de prise en charge des clientèles dites « orphelines ».

54. Adopté par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, le 5 octobre 2007, dans le cadre de l'initiative des partenariats de lutte contre l'itinérance (IPLI).

- ❑ S'assurer qu'une garde médicale 24/7 est en place dans chaque territoire pour les personnes hébergées en CHSLD et pour les personnes inscrites aux services de soutien à domicile avec suivi un infirmier 24/7;
- ❑ Poursuivre la mise en place des groupes de médecine de famille (GMF) en priorisant les parties de territoires où l'accès à un médecin de famille est restreint;
- ❑ Poursuivre l'informatisation des groupes de médecine de famille (GMF) et entreprendre celle des cliniques médicales afin de leur faciliter l'accès aux résultats de laboratoire et d'imagerie numérique;
- ❑ S'assurer de l'opération par le CSSS du Grand Littoral, à compter de 2008, de l'unité de médecine familiale (UMF) au site Paul-Gilbert, et ce, en lien avec le CHAU Hôtel-Dieu de Lévis.

9. Améliorer l'accessibilité aux soins infirmiers courants et aux services psychosociaux généraux

- ❑ S'assurer que les CSSS ont mis en place les mesures suivantes pour améliorer l'accès :
 - l'horaire d'accès minimal, avec ou sans rendez-vous, est de 8 h à 20 h en semaine et de 8 h à 16 h les fins de semaine, et comprend une garde 24/7;

aux services psychosociaux généraux (consultations psychosociales et psychologiques), savoir :

- l'horaire d'accès minimal, avec ou sans rendez-vous, dans au moins un point de service par territoire, est de 8 h à 20 h en semaine et de 8 h à 16 h les fins de semaine, et comprend une garde 24/7;
- une réponse adaptée aux besoins des personnes victimes d'agression sexuelle est disponible dans chaque territoire.

Résultat attendu et indicateurs :

- En 2010, chaque CSSS aura atteint les cibles ministérielles concernant le « nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC) » et le « nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC) »;
 - 1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)/nombre cible d'usagers;
 - 1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)/nombre moyen cible d'interventions.

10. Augmenter l'utilisation des services d'Info-Santé et d'Info-Social

- ❑ S'assurer que le CSSS de Beauce, à titre de mandataire régional pour l'opération de la centrale Info-Santé/Info-Social :
 - Mette en place les mesures suivantes :
 - L'implantation des normes, orientations et directives ministérielles concernant l'opération et la qualité des services de la centrale;
 - L'implantation des services Info-Social conformément au cadre de référence ministériel d'ici 2008-2009, en intégrant les services d'Urgence-Détresse;
 - L'implantation du service infomédicament, lorsque rendu disponible;
 - La consolidation des ressources infirmières à la centrale;

- La révision des modalités d'intégration des services de réponse à la télésurveillance et au suivi clinique intelligent à domicile (SCIAD), compte tenu du financement de ces services et de leur impact sur la performance des services réguliers d'Info-Santé et Info-Social;
- La consolidation des ressources psychosociales, dont la présence 24/7 d'au moins un intervenant social à la centrale;
- L'adhésion au réseau provincial des centrales mis en place par le MSSS;
- Le service 811 au cours de l'exercice 2008-2009;
- L'arrimage des services de la centrale avec le service 211.
- Améliore la performance des services de la centrale par l'atteinte des résultats suivants :
 - Réponse à 90 % des appels à l'intérieur d'un délai de 4 minutes;
 - Réduction du pourcentage d'appels perdus à moins de 20 %;
 - Augmentation de 10 % du taux d'utilisation des services par la population de la région entre 2007-2008 et 2009-2010.

11. Rendre accessibles des services de pastorale adaptés aux besoins des personnes concernées

- S'assurer que les établissements concernés rendent accessibles les services de pastorale aux personnes qui en ont besoin;

12. Améliorer l'accès dans la région au service d'interruption volontaire de grossesse (IVG)

- S'assurer que les CSSS ont mis en place avec les médecins de famille et les infirmières scolaires des mécanismes de référence auprès du CHAU Hôtel-Dieu de Lévis pour le service d'interruption volontaire de grossesse (IVG);

13. Augmenter l'accessibilité aux services de sages-femmes

- S'assurer que les services de sages-femmes soient rendus disponibles dans au moins un autre territoire de CSSS, en plus du territoire du CSSS du Grand Littoral, où ces services sont déjà accessibles;

14. Réviser le continuum de services à l'intention des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) léger

- S'assurer que les CSSS et le CHAU Hôtel-Dieu de Lévis, sous le leadership et avec le soutien du Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches (CRDP CA), ont mis en place le programme national de dépistage des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) léger;

15. Assurer l'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région de la Chaudière-Appalaches

- ❑ S'assurer de la mise en œuvre du programme d'accès 2007-2010⁵⁵ pour les personnes d'expression anglaise de la région de la Chaudière-Appalaches par les établissements concernés de la région;

16. Mettre en place avec les partenaires intersectoriels le Plan communautaire de lutte contre l'itinérance de la région de la Chaudière-Appalaches 2007-2009

- ❑ S'assurer de la réalisation des objectifs du plan communautaire dans les trois secteurs prioritaires identifiés, soit :
 - le maintien des services d'hébergement mis en place par le programme IPAC qui est prioritaire, mais non exclusif;
 - la consolidation et le développement des services associés et complémentaires à l'hébergement (sécurité alimentaire, insertion au travail, études, travail de rue, transport, hygiène, etc.);
 - la coordination d'un continuum de services pour assurer les liens entre les services offerts aux personnes itinérantes⁵⁶.

55. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région Chaudière-Appalaches*, adopté par le conseil d'administration le 13 décembre 2006.

56. Tiré du plan, p. 15.

4.3 Programme-services : Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

« Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement regroupe tous les services dispensés dans un établissement, à domicile ou ailleurs, qui sont destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage. Il s'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, principalement due à l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs (par ex. : maladie d'Alzheimer) ou des maladies chroniques.

Il faut par ailleurs insister sur le fait que l'âge seul (65 ans et plus) ne saurait constituer un critère pour recevoir ou non les services de ce programme. Une personne de moins de 65 ans peut avoir les mêmes besoins qu'une personne de plus de 65 ans aux prises avec le même problème⁵⁷. »

Le programme a pour but « de compenser la détérioration des conditions de santé, de miser sur le potentiel résiduel et d'assurer la sécurité des personnes dans leur résidence⁵⁸. »

« Les services que reçoivent les personnes qui sont hébergées à cause d'un autre problème que la perte d'autonomie liée au vieillissement (par ex. : déficience intellectuelle) peu importe leur âge, ne font pas partie de ce programme. »⁵⁹

Objectifs ministériels Les objectifs ministériels sont d'abord tirés du Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux publié en 2005. Il énonce une orientation générale liée à l'un des enjeux du plan, savoir :

« Enjeu 2 : L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables [et à cette fin], permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté⁶⁰. »

Six cibles sont fixées au regard des axes de prévention, de services dans la communauté, de services en centre d'hébergement et de soins de longue durée et de la qualité des services.

Cette orientation et ces cibles ont été reprises plus en détail dans le Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : un défi de solidarité, publié en novembre 2005. Les principaux objectifs de ce plan sont :

Deux objectifs généraux :

- ❑ Améliorer l'accès aux services et soutenir le développement de formules diversifiées de logement, en vue d'offrir le plus d'options possibles aux personnes aînées en perte d'autonomie et à leurs

57. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes de services et les programmes de soutien*, 2004, p. 15.

58. Ibid.

59. Ibid.

60. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, p. 19.

proches;

- ❑ Offrir des services appuyés sur des standards de qualité et de pratique, et régulés par le secteur public.

Plus spécifiquement :

Services

1. Implanter les services de prévention des chutes destinés aux personnes vivant à domicile dans tous les territoires locaux définis dans le cadre de référence ministériel;
2. S'assurer de la mise en place, dans chaque territoire local, d'une table multisectorielle visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées;
3. Déterminer les services spécialisés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie qui doivent être accessibles dans chaque région dans les domaines suivants : gériatrie, réadaptation, santé mentale et maladies neurodégénératives;
4. Déterminer les critères d'accès aux services et aux soins de longue durée en lien avec les profils de perte d'autonomie des personnes et ainsi assurer le traitement uniforme des demandes pour la mise en priorité et l'attribution des services;
5. Accroître l'offre globale de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservie dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services à une moyenne de 24 interventions par personne en 2009-2010;
6. Compléter la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie, incluant les outils informatisés pour soutenir les processus cliniques et les mécanismes d'échange et d'intégration prévus au plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux;

Logement

7. Poursuivre le déploiement des formules résidentielles dans la communauté, adaptées à des caractéristiques locales variées et à des personnes ayant des besoins spécifiques, avec entre autres la collaboration des milieux municipaux, communautaires et privés;

Qualité

8. Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centres d'hébergement et de soins de longue durée en les augmentant, en 2010, à 3 heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance, et à 0,23 heure travaillée en services professionnels, et ce, par jour présence;
9. Poursuivre la démarche d'appréciation de la qualité des services par les visites en centre d'hébergement et de soins de longue durée (60 % des installations CHSLD soient visitées en 2010, que 70 % des installations visitées obtiennent une note supérieure à 70 % concernant les objectifs à atteindre dans le plan de correctifs déposé à la suite du rapport d'appréciation);

10. Déposer un plan global d'intervention immobilière en CHSLD sur cinq ans, après avoir reçu les recommandations des agences de la santé et des services sociaux à cet effet;
11. Mettre en place un processus de certification de conformité à des critères sociosanitaires pour les résidences pour personnes âgées.

Objectifs de la région de la Chaudière-Appalaches

Le plan d'action ministériel a été traduit en un plan d'action régional intitulé : « Vision stratégique et Plan régional de mise en œuvre 2005-2010 des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie⁶¹ ». Tenant compte des objectifs et des actions du plan ministériel ainsi que des axes d'intervention et des stratégies retenues par le plan régional, les objectifs régionaux sont :

17. Mettre en œuvre des interventions en prévention auprès des aînés;
18. Mettre en place un réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA) pour chacun des territoires de RLS de la région;
19. Soutenir le développement de formules diversifiées de logements adaptés aux besoins des personnes en perte d'autonomie;
20. Améliorer la qualité des soins et des services dispensés aux personnes hébergées en CHSLD.

LES ACTIONS

17. Mettre en œuvre des interventions en prévention auprès des aînés

- ❑ Implanter le programme concernant la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile⁶², savoir :

Du côté de la promotion :

- Les interventions en développement des communautés soient celles touchant les politiques publiques, la création d'environnements favorables, le renforcement et le soutien de l'action communautaire (par ex. : l'amélioration des services de loisirs favorisant l'activité physique chez les aînés), ainsi que le développement des compétences et des habiletés personnelles⁶³.

Du côté de la prévention :

- L'intervention multifactorielle non personnalisée consistant à offrir une gamme de services communautaires préventifs aux personnes de 65 ans ou plus qui présentent des facteurs de risque et contenue dans le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)⁶⁴;
- L'intervention médicale préventive consistant à investiguer adéquatement les personnes qui ont fait une chute, évaluer les risques de chute et de fracture, faire les recommandations, les interventions et les orientations appropriées⁶⁵;

61. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, *Vision stratégique et Plan régional de mise en œuvre 2005-2010 des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, 2005, 28 p.

62. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*, 2004, 108 p.

63. Ibid., p. 32.

64. Ibid., p. 12.

65. Ibid., p. 14. Voir aussi la section sur les traumatismes non intentionnels dans le programme-services Santé publique.

- L'intervention multifactorielle personnalisée consistant à agir de façon individualisée, systémique et coordonnée auprès des personnes de 65 ans ou plus que l'état de santé ou des incapacités exposent à des risques importants de chute et de blessure⁶⁶.
- S'assurer que chacun des territoires de RLS est couvert par une ou des tables multisectorielles visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées⁶⁷.

18. Mettre en place un réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA) pour chacun des territoires de RLS de la région

Les réseaux de services intégrés incorporent les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté ou en établissement, qu'ils soient préventifs ou curatifs, de réadaptation ou palliatifs. Les réseaux de services intégrés reflètent une perspective clinique, organisationnelle et financière, et un mode d'organisation des services plutôt qu'un type de services⁶⁸.

Composantes organisationnelles

- Mettre en place, dans chaque CSSS, **un guichet unique** coordonnant l'accès aux services auprès des intervenants du RLS et des usagers, leurs proches aidants et leur famille et exerçant les fonctions suivantes :
 - L'information sur les services et la trajectoire adaptée aux besoins identifiés;
 - Le repérage systématique des personnes en perte d'autonomie ou à risque et la relance préventive;
 - La référence à un ou des services en particulier (par ex. : soins infirmiers, GMF, transport adapté, etc.) ou à un mécanisme (par ex. : équipe d'évaluation, intervenant pivot, gestion de cas, etc.);
 - La gestion des situations de crise à domicile.
- S'assurer d'une utilisation adéquate de **l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)** par tous les intervenants concernés dans les établissements, et à cette fin :
 - La mise à jour régulière des connaissances des intervenants sur l'OEMC;
 - La formation des intervenants sur l'utilisation des profils de perte d'autonomie (ISO-SMAF) et de la mise à jour régulière des connaissances;
 - Du déploiement, en mode local dans chaque CSSS, de **l'OEMC informatisé**, incluant un outil de repérage de la perte d'autonomie et les profils de perte d'autonomie ISO-SMAF⁶⁹.

Composantes cliniques

- S'assurer de la mise en place dans chaque CSSS du processus de la **gestion de cas** comprenant les fonctions suivantes :
 - « S'assurer qu'une évaluation fonctionnelle ainsi qu'une évaluation sociale et médicale sont effectuées;
 - Convenir d'un plan de services avec la personne âgée et ses proches;

66. Ibid., p. 16.

67. Voir aussi la section du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale dans le programme-services Santé publique.

68. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, 2001.

69. Classification de 14 profils de perte d'autonomie à partir des données saisies par l'outil du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF).

- Négocier et coordonner les services dont la personne âgée a besoin avec les différents prestataires;
- Représenter la personne âgée et défendre ses intérêts et ceux de sa famille;
- S'assurer que les services sont donnés et réajustés selon l'évolution de la situation, quel que soit le milieu où vit la personne, c'est-à-dire à domicile (y compris les résidences privées d'hébergement) ou en milieu hospitalier (y compris l'urgence)⁷⁰. »
- Consolider les **équipes locales de soutien à domicile** offrant les soins et les services nécessaires pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de demeurer à domicile ou dans leur communauté et assurant le suivi de ces personnes; la gamme de soins et de services devant correspondre à la politique de soutien à domicile⁷¹ et en outre inclure spécifiquement :
 - des mécanismes formels de soutien aux résidences pour personnes âgées⁷²;
 - l'antibiothérapie et l'oxygénothérapie à domicile;
 - le suivi systématique des personnes atteintes de maladies chroniques (MPOC, diabète, insuffisance cardiaque);
 - des services adaptés aux personnes en fin de vie, incluant les soins palliatifs au moment où ils sont requis;
 - les services adaptés aux besoins des proches aidants soit :
 - de l'information, de la formation et du soutien psychosocial;
 - du répit dépannage adapté aux besoins des personnes, en particulier de celles ayant des problèmes cognitifs, avec des horaires flexibles, dont des horaires défavorables, et des formules diversifiées incluant du gardiennage à domicile.
- Assurer, avec les **médecins de famille**, dont ceux travaillant en GMF, l'accès à des services médicaux adaptés aux personnes âgées en perte d'autonomie, en particulier à celles présentant un profil gériatrique ou psychogériatrique;
- S'assurer que chaque CSSS a organisé, pour l'équipe locale et le médecin de famille, l'accès à une **équipe de gériatrie** regroupant des intervenants en gériatrie, en psychogériatrie, en pharmacothérapie et en réadaptation, qui assure une intervention ponctuelle ou spécialisée et dont l'expertise est nécessaire pour assumer les fonctions suivantes :
 - Compléter une évaluation ou préciser un diagnostic;
 - Procéder à des traitements permettant à la personne âgée de retrouver un niveau d'autonomie suffisant ou de voir son état stabilisé de manière à pouvoir être évaluée adéquatement.
 - Agir comme consultante auprès des intervenants locaux, qui demeurent responsables du suivi des personnes.
- S'assurer que chaque CSSS a organisé l'accès rapide aux soins et services ci-après pour les personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque qui en ont besoin et qui proviennent de son territoire, dont celles qui terminent un épisode de soins aigus ou qui sont libérées de l'unité d'urgence dans un centre hospitalier, savoir :

70. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, 2001, p. 24.

71. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Chez soi le premier choix : La politique de soutien à domicile*, 2003, 43 p.

72. L'expression « résidence pour personnes âgées » est définie à l'article 346.0.1 de la LSSSS introduit en 2002 et inclut ce qui était appelé auparavant « résidences privées d'hébergement ».

- Des soins posthospitaliers⁷³ pour de l'évaluation, du traitement, de la réadaptation et de la convalescence en soutien intensif à domicile, en soins et services ambulatoires ou dans des lits prévus à cette fin;
- Des services de réadaptation en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ainsi qu'à des services de deuxième ligne au CRDP, en particulier pour des problèmes de déficits sensoriels;
- Des services visant à rapatrier, dans les 30 jours de la confirmation de son orientation définitive, la personne âgée en perte d'autonomie de son territoire terminant un séjour hospitalier en soins aigus dans une autre région et qui est orientée en CHSLD, en ressources intermédiaires (RI) ou de type familial (RTF).

Composantes administratives

- S'assurer que chaque CSSS a mis en place les **mécanismes de concertation** qui favorisent la cohésion des impératifs cliniques et administratifs du RSIPA, et à cette fin :
 - Déterminer et actualiser des modalités claires et fonctionnelles d'arrimage entre les services de première et deuxième ligne ainsi que les organismes communautaires;
 - Réviser ou consolider les processus de travail en fonction du réseau de services intégrés.
- S'assurer que chaque CSSS a mis en place des modalités de gestion locale du **budget du programme-services PALV** ayant pour effet de répartir les ressources publiques disponibles en fonction des besoins des personnes et ainsi de :
 - privilégier le soutien à domicile des personnes et de leurs proches aidants en organisant ce soutien avec les ressources du milieu (par ex. : communautaires, privées et économie sociale) et en fournissant à ces ressources l'expertise et l'assistance dont elles ont besoin pour remplir leur mandat;
 - privilégier l'accès aux services de réadaptation à domicile et en clinique ambulatoire;
 - réserver les ressources de réadaptation et de soutien intensif ainsi que l'hébergement public aux personnes qui présentent, après évaluation à l'aide de l'OEMC et du profil de perte d'autonomie, les besoins cliniques les plus importants.
- Dans le contexte de la **gestion par chaque CSSS du programme-services PALV** et de son implication dans la gestion des autres programmes-services s'adressant aux personnes âgées en perte d'autonomie, soit directement, soit par des ententes découlant de son projet clinique, s'assurer de la mise en place de mécanismes permettant :
 - la cueillette de données exactes et complètes sur les services rendus aux personnes âgées en perte d'autonomie, dans la base de données I-CLSC, par une application rigoureuse du cadre normatif;
 - la mesure de l'efficacité et de l'efficience des services rendus aux personnes âgées en perte d'autonomie par rapport aux besoins identifiés tant à l'intérieur du programme-services PALV que dans les autres programmes-services.

73. « Dans le cadre de ce document, on utilisera cette expression dans le sens de « soins subaigus élargis », c'est-à-dire une gamme de programmes et de services requérant un encadrement médical, infirmier et de réadaptation moindre que celui que nécessitent les soins aigus, mais une prestation plus intensive que celle des services réguliers de soutien à domicile. On y inclura des services dispensés en unité interne (ex. : réadaptation fonctionnelle intensive), sur une base ambulatoire (ex. : hôpital de jour) ou à domicile (ex. : suivi intensif à domicile). Les deux principaux objectifs de ce type de services sont de faire en sorte que les personnes hospitalisées dans une unité de soins de courte durée puissent en sortir aussitôt que ce type de soins n'est plus requis, et de faire en sorte que les personnes aux prises avec des problèmes de santé et des limitations fonctionnelles importantes n'aient pas comme seule option le recours aux soins de courte durée en centre hospitalier. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, 2005, p. 35.)

Résultat attendu et indicateur :

- ❑ En 2010, chacun des CSSS de la région aura implanté son réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA), conformément aux orientations ministérielles en la matière;
 - Degré d'implantation du RSIPA dans chaque CSSS mesuré avec l'outil d'évaluation spécifique fourni par le MSSS.

19. Soutenir le développement de formules diversifiées de logements adaptés aux besoins des personnes en perte d'autonomie

- ❑ Poursuivre la transformation de l'offre de service de soins de longue durée par :
 - la consolidation du soutien à domicile pour les personnes en lourde perte d'autonomie;
 - la création de 250 places de logement adaptées aux personnes en lourde perte d'autonomie dans la communauté;
 - l'ajustement du nombre de lits de CHSLD à un ratio maximum de 3,0 lits par 100 personnes âgées de plus de 65 ans.
- ❑ Procéder à la certification de conformité des résidences pour personnes âgées de la région d'ici le 14 février 2009;
- ❑ Soutenir les CSSS pour le développement avec des intervenants intersectoriels de logements dans la communauté adaptés aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, en particulier celles atteintes de déficits cognitifs et à cette fin :
 - favoriser la conclusion d'accords de coopération entre le réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires promoteurs de logements sociaux concernant le soutien communautaire pour les locataires correspondants aux clientèles visées⁷⁴.
- ❑ S'assurer, dans les territoires concernés, de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan de transformation des 125 places reconnues excédentaires en CHSLD en 2005⁷⁵.

20. Améliorer la qualité des soins et des services dispensés aux personnes hébergées en CHSLD

- ❑ Soutenir l'implantation de l'approche milieu de vie dans toutes les installations de CHSLD de la région, et à cette fin :
 - actualiser les programmes de formation destinés au personnel d'encadrement, aux conseillers en milieu de vie et au personnel des CHSLD;
 - assurer le suivi des plans d'implantation de l'approche milieu de vie soumis à l'Agence;
 - poursuivre, avec le MSSS, les visites d'appréciation de la qualité des services en CHSLD et s'assurer du suivi des plans d'amélioration qui en découlent.
- ❑ Dans une démarche régionale, déterminer les besoins spécifiques des personnes présentant des comportements perturbateurs et proposer un modèle d'organisation de services en réponse à ces besoins;
- ❑ S'assurer que les CSSS poursuivent la consolidation de l'offre de services professionnels en CHSLD en :
 - élaborant des stratégies qui facilitent le recrutement et la rétention du personnel professionnel œuvrant auprès des personnes hébergées en CHSLD;
 - mettant en place une stratégie de valorisation du rôle des professionnels en CHSLD;

74. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, Québec, 2007, p. 25.

75. Au 31 mars 2007, deux territoires de CSSS ont réalisé ou dépassé leur cible, un territoire n'a pas de cible de réduction et les deux autres ont à réaliser leur cible respective d'ici 2010.

- s'assurant que les personnes hébergées aient accès, sur une base régulière, à des services médicaux.
- Assurer l'actualisation du plan régional d'intervention immobilière en CHSLD autorisé par le MSSS en 2006-2007 et préparer la suite de ce plan en priorisant les programmes fonctionnels et techniques des CHSLD à réaliser en tenant compte des besoins des personnes visées ainsi que des besoins identifiés en ressources d'hébergement institutionnel dans les territoires concernés.

Résultats attendus et indicateurs :

- D'ici 2010, 250 places de logement dans la communauté adaptées pour les personnes en lourde perte d'autonomie auront été créées dans la région;
 - Nombre de places de logement adaptées pour les personnes en lourde perte d'autonomie créées dans la communauté, par territoire de CSSS;
- D'ici 2010, le nombre de places de CHSLD dans la région ne dépassera pas 3 par 100 personnes âgées de plus de 65 ans;
 - Le nombre de places de CHSLD au 1^{er} juillet 2010 par rapport au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus à la même date dans la région;
- Le 14 février 2009, l'Agence aura procédé à la certification de conformité de toutes les résidences pour personnes âgées de la région;
 - Nombre de résidences pour personnes âgées (RPA) de la région ayant effectué le processus de certification de conformité par rapport au nombre total de RPA apparaissant au registre des RPA de la région le 14 février 2009;
- En 2010, chaque CSSS aura atteint les cibles ministérielles de soutien à domicile de longue durée (profil 710) en ce qui concerne l'accessibilité (c.-à-d. 16 % des personnes de 65 ans et plus) et d'intensité (c.-à-d. une moyenne de 24 interventions par personne par année) :
 - 1.3.1 Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile de longue durée (profil 710) par rapport au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus au 1^{er} juillet 2009 (en %);
 - 1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile (profil 710) reçues par les personnes âgées en perte d'autonomie desservies.
- En 2010, chaque CSSS aura atteint les cibles ministérielles de services aux personnes hébergées en CHSLD (c.-à-d. 3,00 heures travaillées par jour présence en soins infirmiers et d'assistance, et 0,23 heure travaillée par jour présence en services professionnels);
 - 1.3.3 Nombre d'heures travaillées/jour présence en soins infirmiers et d'assistance;
 - 1.3.4 Nombre d'heures travaillées/jour présence en services professionnels;
- En 2010, 70 % des installations visitées auront mis en œuvre, au moins en grande partie, les orientations ministérielles sur un milieu de vie de qualité en CHSLD;
- En 2010, chaque installation visitée aura atteint, au moins en grande partie, 70 % et plus des objectifs du plan de correctifs convenu avec l'Agence après la visite.

4.4 Programme-services : Déficience physique

« Le programme Déficience physique regroupe les services visant à répondre aux besoins des personnes qui, peu importe leur âge, ont une **incapacité significative et persistante** ainsi qu'à leur entourage. Les services prévus pour les personnes qui ont une maladie dégénérative et qui correspondent à un profil de besoins du type déficience physique (par ex. : sclérose en plaques, ataxie de Friedreich) 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. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte qu'elles doivent recourir à un moment ou à un autre, à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque cela est nécessaire, à des services de soutien à la participation sociale.

La clientèle du programme regroupe des personnes de tous les âges, dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et dont la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux est ou risque d'être réduite.

Par ailleurs, un changement dans la condition de la personne ayant une déficience physique telle que l'aggravation des troubles fonctionnels ou des problèmes de santé peut l'amener vers le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, parce qu'elle présente les caractéristiques de cette clientèle et que les services ne répondront plus seulement aux besoins liés précisément à la déficience physique.

Les services de ce programme ne sont pas destinés aux personnes qui ont une limitation temporaire et qui ont des besoins en réadaptation. Les activités des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) pour les incapacités significatives et persistantes sont classées dans ce programme⁷⁶. »

Objectifs ministériels Les objectifs ministériels sont tirés du Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux publié en 2005. Il énonce d'abord une orientation générale liée à l'un des enjeux du plan, savoir :

« Enjeu 2 : L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables [et à cette fin], favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes présentant une déficience⁷⁷. »

Dans ce contexte, le ministère poursuit les trois objectifs suivants :

Axe : soutien à domicile

1. « Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile

76. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes de services et les programmes de soutien*, 2004, p. 16.

77. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, p. 19.

destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins :

- en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique, [...];
- en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services. »⁷⁸

2. « Améliorer l'accès à des services de soutien, avec l'intensité requise et sur la base des besoins, pour les familles de personnes handicapées :

- en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique, [...] dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe;
- en augmentant ou en maintenant, selon les régions, le nombre moyen d'heures de services consacrées à des mesures de soutien aux familles selon diverses modalités⁷⁹. »

Axe : déficience physique

3. « Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec, avec l'intensité suffisante :

- en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies;
- en maintenant ou en augmentant, selon les régions, le nombre moyen d'heures de prestation de services par personne⁸⁰. »

Objectifs de la région de la Chaudière-Appalaches

La région met en place les actions nécessaires à la réalisation des objectifs ministériels pour ce programme. Toutefois, des objectifs spécifiques à la région sont identifiés, savoir :

- 21. Développer et consolider les services de première ligne, en particulier au regard de l'accès, de l'évaluation et du soutien à domicile et dans la communauté;
- 22. Consolider les services spécialisés.

LES ACTIONS

21. Développer et consolider les services de première ligne, en particulier au regard de l'accès, de l'évaluation et du soutien à domicile et dans la communauté

- Mettre en place un **mécanisme d'accès** dans chaque CSSS pour les personnes présentant une déficience physique coordonnant l'accès aux services auprès des intervenants du RLS et des usagers, leurs proches aidants et leur famille, et exerçant les fonctions suivantes :
 - Le repérage des personnes présentant une déficience physique et l'accès à des mécanismes appropriés d'évaluation, de diagnostic et d'orientation, dont une équipe interprogrammes-services et interdisciplinaire pouvant fournir une expertise spécialisée à cette fin pour des personnes présentant des multiproblématiques;

78. Ibid., p. 30.

79. Ibid., p. 31.

80. Ibid., p. 31.

- L'information sur les services et la trajectoire adaptée aux besoins identifiés;
- La référence à un ou des services en particulier (par ex. : soins infirmiers, GMF, transport adapté, etc.) ou à un mécanisme (par ex. : équipe d'évaluation, intervenant pivot, gestion de cas, etc.);
- La gestion des situations de crise à domicile.
- S'assurer d'une utilisation adéquate de **l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)** et des outils complémentaires par tous les intervenants concernés dans les établissements, et à cette fin :
 - la formation des intervenants et la mise à jour régulière de leurs connaissances sur l'OEMC et les outils complémentaires.
- Développer et consolider les **équipes locales de soutien à domicile** offrant les soins et les services nécessaires pour permettre aux personnes présentant une déficience physique de demeurer à domicile ou dans leur communauté et assurant le suivi de ces personnes; la gamme de soins et de services devant correspondre à la politique de soutien à domicile⁸¹ et inclure spécifiquement :
 - l'accès harmonisé entre les territoires aux aides techniques et à l'adaptation du domicile;
 - les services adaptés aux besoins des familles et des proches aidants, soit le répit dépannage avec des horaires flexibles, dont des horaires défavorables, de l'information, de la formation ainsi que du soutien psychosocial;
 - après en avoir déterminé le besoin, l'accès dans la région au répit spécialisé dans une ou des ressources d'hébergement non institutionnelles dans la communauté pouvant desservir l'ensemble des personnes concernées de la région de la Chaudière-Appalaches.
- Soutenir les CSSS pour le développement avec des intervenants intersectoriels de logements dans la communauté adaptés aux besoins des personnes présentant une déficience physique et à cette fin :
 - favoriser la conclusion d'accords de coopération entre le réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires promoteurs de logements sociaux concernant le soutien communautaire pour les locataires correspondants aux clientèles visées⁸².

Résultats attendus et indicateurs :

D'ici 2010, chaque CSSS aura atteint les cibles ministérielles concernant :

- le « nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC) » et l'intensité de ces services;
 - 1.4.1 Nombre de personnes desservies/nombre de personnes à desservir (cible 2010);
 - 1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) par usager/nombre moyen cible d'interventions.
- le « nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe »;
 - 1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe/nombre cible d'usagers.

81. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Chez soi le premier choix : La politique de soutien à domicile*, 2003, 43 p.

82. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, Québec, 2007, p. 25.

22. Consolider les services spécialisés

- ❑ Améliorer l'accès aux services spécialisés par :
 - la réduction du nombre de personnes en attente, en particulier pour les enfants ayant une déficience de la parole et du langage;
 - la mise en place de services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) dans l'ensemble de la région;
 - la mise en place d'un mécanisme d'évaluation des besoins de services en déficience physique pour les personnes ayant une déficience intellectuelle qui sont hébergées en ressources institutionnelles ou communautaires et l'élaboration, si requis, d'un plan de services individualisé (PSI) avec les autres intervenants concernés.
- ❑ Consolider les mesures de soutien socioprofessionnel afin d'améliorer l'employabilité ou l'intégration au travail des personnes ayant une déficience physique;
- ❑ Rapatrier dans la région les services de répit dépannage spécialisés pour les enfants et les services pour les personnes ayant une déficience visuelle actuellement dispensés par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ) pour les résidents de la région de la Chaudière-Appalaches;
- ❑ Soutenir les intervenants de première ligne afin de leur permettre d'assumer adéquatement leurs responsabilités par :
 - l'accès à l'expertise des professionnels du CRDP;
 - le transfert de connaissances appropriées à leurs responsabilités, en particulier au regard du repérage des personnes présentant une déficience physique;
 - la participation à l'équipe interprogrammes-services et interdisciplinaire pouvant fournir une expertise spécialisée aux fins d'évaluation, de diagnostic et d'orientation pour des personnes présentant des multiproblématiques.

Résultat attendu et indicateur :

- ❑ En 2010, le CRDP aura atteint la cible ministérielle concernant le « nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés en réadaptation »;
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation/nombre cible de personnes.

4.5 Programme-services : Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED)

« Pour le volet déficience intellectuelle, le programme 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. Les services de ce programme permettent de réduire l'impact de la déficience, de compenser les incapacités et de soutenir l'intégration sociale.

Plus spécifiquement, les services visent à :

- garantir l'accès des personnes présentant une déficience intellectuelle aux services destinés à l'ensemble de la population;
- soutenir la famille et les proches;
- développer les capacités des personnes présentant une déficience intellectuelle;
- assurer l'intégration socioprofessionnelle et résidentielle des personnes présentant une déficience intellectuelle.

Ce programme comprend aussi les services offerts aux personnes aux prises avec un trouble envahissant du développement (TED). Ces problèmes particuliers se déclarent dans les premières années de la vie. Ils se traduisent par des déficiences majeures liées à trois aspects du développement : les interactions sociales; la communication verbale et non verbale et les intérêts et les comportements restreints, stéréotypés et répétitifs. Le plus répandu de ceux-ci est l'autisme.

Les personnes aux prises avec cette problématique requièrent souvent des services qui leur sont propres. Malgré ce fait, ces services ne font pas partie d'un programme distinct. Deux raisons motivent ce choix. D'une part, le nombre de personnes concernées par cette problématique et les ressources investies ne justifient pas la création d'un tel programme. D'autre part, l'organisation actuelle des services leur fait une large place dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle.

Afin de distinguer les services spécifiques destinés aux personnes aux prises avec un TED, des centres d'activités permettent de ventiler l'information pour connaître les ressources qui leur sont allouées⁸³. »

Objectifs ministériels Les objectifs ministériels sont tirés du Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux publié en 2005. Il énonce d'abord une orientation générale liée à l'un des enjeux du plan, savoir :

« Enjeu 2 : L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables [et à cette fin], favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes présentant une déficience⁸⁴. »

83. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes de services et les programmes de soutien*, 2004, p. 17.

84. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, p. 19.

Dans ce contexte, le ministère poursuit les cinq objectifs suivants :

Axe : soutien à domicile

1. « Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins :
 - en augmentant le nombre de personnes desservies présentant [...], une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement;
 - en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services⁸⁵. »
2. « Améliorer l'accès à des services de soutien, avec l'intensité requise et sur la base des besoins, pour les familles de personnes handicapées :
 - en augmentant le nombre de personnes présentant [...] une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe;
 - en augmentant ou en maintenant, selon les régions, le nombre moyen d'heures de services consacrées à des mesures de soutien aux familles selon diverses modalités. »

Axe : déficience intellectuelle

3. Améliorer l'accès, avec l'intensité requise et selon l'évaluation des besoins, à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, en augmentant de 5 % le nombre de personnes desservies⁸⁶. »

Axe : trouble envahissant du développement

4. « Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement :
 - en augmentant le nombre d'enfants desservis.
5. Améliorer l'accès, avec l'intensité requise et selon l'évaluation des besoins, à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement :
 - en augmentant le nombre de jeunes desservis âgés de 6 à 21 ans;
 - en augmentant le nombre d'adultes desservis de 22 ans et plus. »⁸⁷

Objectifs de la région de la

La région met en place les actions nécessaires à la réalisation des objectifs ministériels pour ce programme. Toutefois, des objectifs

85. Ibid., p. 30.

86. Ibid., p. 31.

87. Ibid., p. 32.

Chaudière-Appalaches spécifiques à la région sont identifiés, savoir :

- 23. Développer et consolider les services de première ligne pour les personnes présentant une DI ou un TED;
- 24. Développer et consolider les services spécialisés.

LES ACTIONS

23. Développer et consolider les services de première ligne pour les personnes présentant une DI ou un TED

- ❑ S'assurer que chaque CSSS met en place et rend accessible aux personnes présentant une DI et aux personnes présentant un TED la gamme des services de première ligne définie au cadre de référence national pour la conclusion d'ententes de services entre les centres de santé et de services sociaux et les centres de réadaptation en déficiência intellectuelle⁸⁸; ainsi dans chaque CSSS on doit retrouver une organisation de services comportant les éléments ci-après.
- ❑ Un **mécanisme d'accès** pour les personnes présentant une déficiência intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) coordonnant l'accès aux services auprès des intervenants du RLS et des usagers, leurs proches aidants et leur famille, et exerçant les fonctions suivantes :
 - La détection des personnes présentant une DI ou un TED avec des outils convenus avec le CRDI;
 - L'accès à des mécanismes appropriés d'évaluation, de diagnostic et d'orientation, dont une équipe interprogrammes-services et interdisciplinaire pouvant fournir une expertise spécialisée à cette fin pour des personnes présentant des multiproblématiques;
 - L'information sur les services et la trajectoire adaptée aux besoins identifiés;
 - La référence à un ou des services en particulier (par ex. : soins infirmiers, GMF, transport adapté, etc.) ou à un mécanisme (par ex. : équipe d'évaluation, intervenant pivot, gestion de cas, etc.).
 - La gestion des situations de crise à domicile.
- ❑ Une utilisation adéquate de l'**outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)** et des outils complémentaires convenus avec le CRDI par tous les intervenants concernés dans les établissements, et à cette fin :
 - la formation des intervenants et la mise à jour régulière de leurs connaissances sur l'OEMC et les outils complémentaires.
- ❑ Un processus de **coordination des services** (par ex. : intervenant pivot, gestion de cas) comprenant les fonctions suivantes :
 - S'assurer de l'évaluation des besoins de la personne et de sa famille ou ses proches aidants;
 - Convenir d'un plan de services avec la personne et sa famille;
 - Négocier et coordonner les services dont la personne a besoin avec les différents prestataires;
 - Représenter la personne et défendre ses intérêts et ceux de sa famille.
- ❑ Des services dispensés et ajustés selon l'évolution de la situation, quel que soit le milieu où vit la personne, c'est-à-dire à domicile, en ressources intermédiaires (RI), en ressources de type familial (RTF) ou dans des logements adaptés;

88. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence nationale pour la conclusion d'ententes de services entre les centres de santé et de services sociaux et les centres de réadaptation en déficiência intellectuelle*, 2005, p. 26 à 29.

- ❑ Des **équipes locales de soutien à domicile** offrant les soins et les services nécessaires pour permettre aux personnes présentant une DI ou un TED de demeurer à domicile ou dans leur communauté et assurant le suivi de ces personnes; la gamme de soins et de services devant correspondre à la politique de soutien à domicile⁸⁹ et inclure spécifiquement :
 - l'adaptation des services de première ligne de chacun des programmes-services aux besoins particuliers de ces personnes;
 - les services adaptés aux besoins des familles et des proches aidants, soit le répit dépannage non spécialisé avec des horaires flexibles, dont des horaires défavorables, de l'information, de la formation ainsi que du soutien psychosocial;
 - la responsabilité de ressources de type familial (RTF) hébergeant des personnes présentant une DI ou un TED, déterminée en fonction du degré de complexité des besoins des personnes.
- ❑ Soutenir les CSSS pour le développement avec des intervenants intersectoriels de logements dans la communauté adaptés aux besoins des personnes présentant une DI ou un TED et à cette fin :
 - favoriser la conclusion d'accords de coopération entre le réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires promoteurs de logements sociaux concernant le soutien communautaire pour les locataires correspondant aux clientèles visées⁹⁰.
- ❑ S'assurer de la conclusion d'ententes de collaboration avec les organismes communautaires et les organismes intersectoriels;
- ❑ S'assurer de l'actualisation du plan de réinsertion sociale d'une douzaine de personnes présentant une déficiencia intellectuelle ou un trouble envahissant du développement présentement hébergées au CSSS des Etchemins, dès la disponibilité du budget de transition requis en provenance du MSSS.

Résultats attendus et indicateurs :

D'ici 2010, chaque CSSS aura atteint les cibles ministérielles concernant :

- ❑ le développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC) » et l'intensité de ces services :
 - 1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficiencia intellectuelle ou un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile/nombre cible de personnes;
 - 1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) par usager/nombre moyen cible d'interventions.
- ❑ le « nombre d'usagers ayant une déficiencia intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe »;
 - 1.5.13 nombre d'usagers ayant une déficiencia intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe/nombre cible d'usagers.

89. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Chez soi le premier choix, La politique de soutien à domicile*, 2003, 43 p.

90. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, Québec, 2007, p. 25.

24. Développer et consolider les services spécialisés

- ❑ Réaliser, dans chacun des territoires, le plan de transformation des services du CRDI basé sur la hiérarchisation des services, comprenant :
 - le transfert de la responsabilité des services de première ligne aux personnes présentant une DI ou un TED aux CSSS, en particulier ceux touchant à l'accès aux services, au soutien intensif à domicile, au transport et à l'hébergement;
 - le transfert de certaines ressources, selon les territoires concernés;
 - les mesures assurant que le transfert de responsabilité et de ressources est effectué sans interruption de services pour les personnes et leurs proches.
- ❑ Développer, consolider et rendre accessible la gamme des services spécialisés aux personnes présentant une DI et aux personnes présentant un TED dont les listes apparaissent au cadre de référence national pour la conclusion d'ententes de services entre les centres de santé et de services sociaux et les centres de réadaptation en déficiéce intellectuelle⁹¹;
- ❑ Soutenir les intervenants de première ligne afin de leur permettre d'assumer adéquatement leurs responsabilités par :
 - l'accès à l'expertise des professionnels du CRDI;
 - l'accès aux connaissances appropriées à leurs responsabilités, en particulier au regard du choix et de l'utilisation des outils pour la détection et l'évaluation complémentaire des personnes présentant une DI ou un TED;
 - la participation à l'équipe interprogrammes-services et interdisciplinaire pouvant fournir une expertise spécialisée aux fins d'évaluation, de diagnostic et d'orientation pour des personnes présentant des multiproblématiques.

Résultat attendu et indicateurs :

- ❑ D'ici 2010, le CRDI aura atteint la cible ministérielle concernant le « nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA », le « nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention... » et le « nombre de personnes de 6 ans et plus recevant des services spécialisés (TED) »;
 - 1.5.7 Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA/nombre cible d'enfants;
 - 1.5.8 Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'ICI par enfant de moins de 6 ans/nombre moyen cible d'heures hebdomadaires;
 - 1.5.14 Nombre de personnes de 6 ans et plus recevant un service spécialisé (TED)/nombre cible de personnes.

91. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence national pour la conclusion d'ententes de services entre les centres de santé et de services sociaux et les centres de réadaptation en déficiéce intellectuelle*, 2005, p. 35-36.

4.6 Programme-services : Jeunes en difficulté

« La très grande majorité des jeunes trouvent auprès de leurs parents, de leur famille ou de leur milieu de vie habituel toutes les ressources nécessaires pour assurer leur santé, leur sécurité, leur bien-être ou leur développement. Pour certains jeunes, par contre, le parcours est plus laborieux.

Le programme Jeunes en difficulté regroupe les services destinés aux jeunes – de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, – qui présentent des problèmes de développement ou de comportement, ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.). Ce programme s'adresse également aux jeunes qui ont besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement (abus, négligence, etc.) ou pour éviter que ceux-ci ne soient compromis. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles des jeunes concernés. Le programme comprend également des services spécialisés comme l'adoption, le placement et la réadaptation sociale.

Lorsque les services psychosociaux sont destinés aux jeunes en difficulté, ils sont des services spécifiques et ils sont compris dans le programme Jeunes en difficulté. Cependant, pour les jeunes comme pour les adultes, les services psychosociaux pour une problématique de court terme sont inclus dans le programme de Services généraux – activités cliniques et d'aide.

Les services de santé mentale infantile ne font pas partie de ce programme. Ils sont compris dans le programme Santé mentale⁹². »

Objectifs ministériels Les objectifs ministériels sont tirés du Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux publié en 2005. Il énonce d'abord une orientation générale liée à l'un des enjeux du plan, savoir :

« Enjeu 2 : L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables [et à cette fin], intervenir, de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale des jeunes et des familles⁹³. »

Dans ce contexte, le ministère poursuit les six objectifs suivants :

« *Axe : promotion et prévention*

1. Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant :
 - de rejoindre 90 % des jeunes femmes enceintes et des mères âgées de moins de 20 ans;

92. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes de services et les programmes de soutien*, 2004, p. 17-18.

93. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, p. 22 et 27.

- de rejoindre 75 % des femmes enceintes et des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté;
 - d'avoir réalisé le nombre d'interventions requis (une intervention aux deux semaines) en périodes prénatale et postnatale auprès des femmes rejointes.
2. Implanter l'approche « École en santé » dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté⁹⁴.

Axe : services de première ligne

Jeunes et leur famille en difficulté

3. Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux :
- desservir les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans;
 - accroître le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

Toxicomanies

4. Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

Axe : services de deuxième ligne

En vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA),

5. Assurer l'accès aux services spécialisés, dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA :
- dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu;
 - dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse;
 - dans un délai moyen de 14 jours calendrier entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA.

Services spécialisés en toxicomanies

6. Améliorer progressivement l'accessibilité des services spécialisés en toxicomanies pour les jeunes de 12 à 17 ans⁹⁵. »

94. Les actions régionales et locales au regard de ces objectifs sont détaillées dans le plan d'action régional (PAR) et les plans d'action locaux (PAL) 2008-2012 en santé publique.

95. Ibid. p. 27-28.

**Objectifs de la région
de la
Chaudière-Appalaches**

La région met en place les actions nécessaires à la réalisation des objectifs ministériels pour ce programme. Toutefois, des objectifs spécifiques à la région sont identifiés, savoir :

- 25. Impliquer les communautés dans la prévention des difficultés pour les jeunes et leur famille;
- 26. Développer et consolider les services de première ligne auprès des jeunes et de leur famille;
- 27. Consolider les services spécialisés.

LES ACTIONS

25. Impliquer les communautés dans la prévention des difficultés pour les jeunes et leur famille

- ❑ Élaborer, mettre en œuvre et évaluer l'impact d'un projet pilote visant à prévenir les difficultés chez les jeunes et leur famille, en collaboration avec les intervenants des municipalités, des commissions scolaires et des centres de la petite enfance dans une communauté locale qui présente des facteurs de risque importants, en misant sur les éléments structurants comme « École en santé » et les tables de promotion et prévention⁹⁶;

26. Développer et consolider les services de première ligne auprès des jeunes et de leur famille

- ❑ Conformément aux orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience du MSSS⁹⁷, s'assurer de la mise en place dans chaque CSSS d'un **mécanisme d'accès** pour les jeunes en difficulté ou à risque et leur famille coordonnant l'accès aux services auprès des usagers et des intervenants du RLS, et exerçant les fonctions suivantes :
 - Le repérage des jeunes en difficulté ou à risque et l'accès à des mécanismes appropriés d'évaluation, de diagnostic et d'orientation, dont une équipe interprogrammes-services et interdisciplinaire pouvant fournir une expertise spécialisée à cette fin pour des personnes présentant des multiproblématiques;
 - L'information sur les services et la trajectoire adaptée aux besoins identifiés;
 - La référence à un ou des services en particulier (par ex. : des services sociaux généraux, services spécifiques aux jeunes en difficulté, services spécialisés, services médicaux, etc.) ou à un mécanisme;
 - L'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu, en collaboration avec le centre jeunesse.
- ❑ S'assurer de l'utilisation adéquate d'**outils d'évaluation validés** par tous les intervenants concernés dans l'établissement, et à cette fin de :
 - la formation et la mise à jour régulière des connaissances des intervenants sur ces outils d'évaluation.

96. Voir recommandation en ce sens dans Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, *Étude régionale sur les signalements reçus et retenus en protection de la jeunesse en Chaudière-Appalaches*, 2006, p. 82. Voir aussi le plan d'action régional (PAR) et les plans d'action locaux (PAL) 2008-2012 en santé publique.

97. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, 2007, 92 p.

- ❑ S'assurer de la mise en place dans chaque CSSS d'un processus de **coordination des services** (par ex. : intervenant pivot, gestion de cas) comprenant les fonctions suivantes :
 - S'assurer de l'évaluation des besoins du jeune et de sa famille;
 - Convenir, selon le cas, d'un plan d'intervention (PI) ou d'un plan de services individualisé (PSI) avec le jeune et sa famille;
 - Négocier et coordonner les services dont le jeune a besoin avec les différents prestataires;
 - Représenter le jeune et protéger ses intérêts et ceux de sa famille;
 - S'assurer que les services sont donnés et réajustés selon l'évolution de la situation, quel que soit le milieu où vit le jeune.
- ❑ S'assurer que chaque CSSS développe et consolide une ou des **équipes locales** pour jeunes en difficulté et leur famille offrant des services spécifiques pour permettre aux jeunes en difficulté et à leur famille de demeurer dans leur milieu et assurant le suivi de ces personnes; la gamme de services doit inclure spécifiquement :
 - le suivi psychosocial;
 - le soutien direct aux familles;
 - les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, volet « soutien aux jeunes parents⁹⁸ »;
 - les services psychosociaux en matière de retrait du milieu familial et de placement dans le contexte de la Loi sur les services de santé et les services sociaux conformes aux « normes relatives à la pratique à l'intention des établissements et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux⁹⁹ »;
 - les services d'intervention en négligence pour la clientèle suivie dans le contexte de la LSSSS;
 - l'équipe d'intervention jeunesse pour les jeunes présentant des problèmes multiples et complexes;
 - des services de réadaptation pour les clientèles dans le contexte de la LSSSS;
 - des services complémentaires au centre jeunesse et au Secrétariat à l'adoption internationale en périadoption et en postadoption;
 - des services de supervision des droits d'accès entre les enfants et les parents en collaboration avec les organismes communautaires de ce domaine et le centre jeunesse.
- ❑ Vérifier la mise en place dans chaque CSSS de **mécanismes de concertation** qui assurent la cohésion des impératifs cliniques et administratifs des services aux jeunes en difficulté ou à risque et à leur famille, et à cette fin :
 - déterminer et actualiser des modalités claires et fonctionnelles d'arrimage entre les services de première et deuxième ligne ainsi que les organismes communautaires;
 - réviser ou consolider les processus de travail en fonction d'un réseau de services intégrés;
 - s'assurer que soient ratifiées les ententes de services et de collaboration nécessaires entre le Centre jeunesse Chaudière-Appalaches (CJCA), les CSSS ainsi que les partenaires communautaires et intersectoriels (entente MSSS-MEQ) et en assurer le suivi.
- ❑ Mettre en place avec le CSSS du Grand Littoral un projet pilote portant sur l'encadrement clinique des intervenants et la gestion des charges de cas et, s'il est concluant, l'étendre aux autres CSSS de la région;
- ❑ Soutenir les CSSS pour le développement, avec des intervenants intersectoriels, de logements dans la communauté adaptés aux besoins de jeunes en difficulté et à cette fin :

98. Voir aussi les services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) dans le programme-services Santé publique.

99. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Normes relatives à la pratique à l'intention des établissements et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux*, 2005, 30 p.

- favoriser la conclusion d'accords de coopération entre le réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires promoteurs de logements sociaux concernant le soutien communautaire pour les locataires correspondants aux clientèles visées¹⁰⁰.
- S'assurer de l'actualisation des modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse adoptées en 2006.

Résultats attendus et indicateurs :

En 2010, chaque CSSS aura atteint les cibles ministérielles concernant :

- le « nombre d'usagers (jeunes et familles) rejoints en CSSS (mission CLSC) » et le « nombre moyen d'interventions par usager... »;
 - 1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et familles) rejoints en CSSS (mission CLSC)/nombre cible d'usagers (jeunes et familles);
 - 1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et familles)/nombre moyen cible d'interventions.
- le « nombre d'usagers (jeunes et familles) desservis à la suite d'une référence par le Centre jeunesse et le « nombre moyen d'interventions par usager... »;
 - Nombre d'usagers (jeunes et familles) desservis à la suite d'une référence par le centre jeunesse/nombre cible d'usagers (jeunes et familles);
 - Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et familles)/nombre moyen cible d'interventions.
- le « nombre de programmes d'intervention immédiate et intensive [en situation de crise] développés » et le « nombre d'usagers desservis par les programmes d'intervention immédiate et intensive »;
 - Nombre de programmes d'intervention immédiate et intensive développés/nombre cible de programmes;
 - Nombre d'usagers desservis par les programmes d'intervention immédiate et intensive/nombre cible d'usagers.
- le « nombre de parents recevant des services du CSSS alors que l'enfant est soumis à une durée maximale de placement » (en vue de permettre le retour d'un enfant dans son milieu familial);
 - Nombre de parents recevant des services du CSSS alors que l'enfant est soumis à une durée maximale de placement/nombre cible de parents.

27. Consolider les services spécialisés

- Conformément aux orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience du MSSS¹⁰¹, s'assurer de la consolidation par le centre jeunesse de ses services spécialisés, en particulier pour les services suivants :

En vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse

- La réception et le traitement des signalements;
- Rendre disponible aux CSSS l'information pour leur territoire sur l'évolution des signalements reçus, retenus et non retenus en protection de la jeunesse;
- L'évaluation et l'orientation;
- L'application des mesures;
- La révision;

100. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, Québec, 2007, p. 25.

101. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, 2007, 92 p.

- La tutelle;
- Le retrait du milieu familial;
- Les services d'adoption et de postadoption.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

- Le placement en famille d'accueil ou en centre de réadaptation;
- Les services de soutien auprès des ressources de type familial;
- Les services de réadaptation :
 - Le programme de qualification des jeunes âgés de 16 à 19 ans.
- La recherche des antécédents sociobiologiques et les retrouvailles, en collaboration avec le Secrétariat à l'adoption internationale;
- Les expertises psychosociales;
- La supervision des droits d'accès en collaboration avec les organismes communautaires dans le domaine et les CSSS.

En vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

- L'évaluation et l'orientation;
- Les rapports et les expertises;
- Le suivi de l'application des peines, la réévaluation de l'entente sur la sanction extrajudiciaire, la gestion des manquements et les examens des peines.
- S'assurer de l'actualisation des modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse adoptées en 2006;
- S'assurer de la mise en place d'équipes de deuxième niveau pour les jeunes présentant des problèmes de santé mentale comprenant au moins une infirmière pour assumer la fonction de coordination et de liaison entre autres avec les professionnels intervenant en santé mentale;
- S'assurer de la mise en œuvre par les CJCA des recommandations de la visite d'appréciation de la qualité par l'équipe du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Soutenir les intervenants de première ligne afin de leur permettre d'assumer adéquatement leurs responsabilités par :
 - l'accès à l'expertise des professionnels des CJCA;
 - le transfert de connaissances appropriées à leurs responsabilités;
 - la participation à l'équipe interprogrammes-services et interdisciplinaire pouvant fournir une expertise spécialisée aux fins d'évaluation, de diagnostic et d'orientation pour des personnes présentant des multiproblématiques.

Résultats attendus et indicateurs :

En 2010, le centre jeunesse aura atteint les cibles ministérielles concernant :

- le « délai moyen d'attente à l'évaluation à la protection de la jeunesse », le « délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse », le « délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA » et le « taux de nouveaux placements en centre jeunesse »;
 - 1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse/délai moyen d'attente cible;
 - 1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse/délai moyen d'attente cible;
 - 1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA/délai moyen cible;
 - 1.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse/taux cible de nouveaux placements en centre jeunesse.

- la « charge de cas moyenne par intervenant à l'application des mesures » ainsi que le « nombre de projets » et le « nombre de jeunes » dans les « services de réadaptation spécialisés pour les jeunes présentant un trouble sévère de santé mentale ».
 - Nombre moyen de cas par intervenant/nombre moyen cible
 - Nombre de projets/nombre cible de projets
 - Nombre de jeunes/nombre cible de jeunes

4.7 Programme-services : Dépendances

« Ce programme adopte une approche globale pour la problématique de la dépendance, et ce, quelle qu'en soit la cause. La dépendance entraîne généralement des comportements inacceptables pour la personne elle-même ou pour autrui.

Ce programme vise à répondre aux besoins de toutes les personnes aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendances, quel que soit leur âge. Ainsi, il comprendra à la fois les problèmes :

- d'alcoolisme et de toxicomanies,
- de jeu compulsif,
- de 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 que les traitements à la méthadone. Les services aux familles et aux proches des personnes ayant une dépendance font aussi partie de ce programme¹⁰². »

Objectifs ministériels

Les objectifs ministériels sont tirés du Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux publié en 2005. Il énonce d'abord une orientation générale liée à l'un des enjeux du plan, savoir :

« Enjeu 2 : L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables [et à cette fin], agir sur les difficultés d'adaptation sociale des personnes aux prises avec une dépendance à l'alcoolisme et aux autres toxicomanies, y compris le jeu pathologique¹⁰³. »

Dans ce contexte, le ministère poursuit les trois objectifs suivants :

« *Axe : alcoolisme et toxicomanies*

1. Maintenir ou accroître progressivement, selon les territoires locaux, pour les personnes susceptibles de faire une demande de service (4 % de la population adulte), l'accès à un programme d'intervention brève en alcoolisme et toxicomanies (par ex. : Alcochoix +).
2. Augmenter la proportion de la population adulte traitée par des services spécialisés en toxicomanies¹⁰⁴. »

« *Axe : jeu pathologique*

3. Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés)¹⁰⁵. »

102. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes de services et les programmes de soutien*, 2004, p. 18.

103. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, p. 19.

104. Ibid., p. 32.

105. Ibid., p. 33.

Objectifs de la région de la Chaudière-Appalaches

La région met en place les actions nécessaires à la réalisation des objectifs ministériels pour ce programme. Toutefois, des objectifs spécifiques à la région sont identifiés, savoir :

Dans le cadre des balises fixées par les orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience du programme-services Dépendances, offre de service 2007-2012¹⁰⁶ :

- 28. Développer et consolider les services de première ligne;
- 29. Consolider les services de deuxième ligne du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA).

LES ACTIONS**28. Développer et consolider les services de première ligne**

- ❑ Mettre en place, dans chaque CSSS, un **mécanisme d'accès** coordonnant l'accès aux services auprès des intervenants du RLS et des usagers, leurs proches aidants et leur famille, et exerçant les fonctions suivantes :
 - La détection dans les différents programmes-services des personnes présentant un problème d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu ou à risque;
 - L'information sur les services et la trajectoire adaptée aux besoins identifiés;
 - La référence à un ou des services en particulier dans ce programme et, en cas de besoin, dans d'autres programmes-services (par ex. : suivi psychosocial et intervention précoce en dépendance, santé mentale, etc.) ou à un mécanisme (par ex. : service régional d'évaluation spécialisée du CRPAT, etc.);
 - Une attention particulière aux femmes enceintes faisant appel à des services de périnatalité et aux jeunes mères, aux jeunes en difficulté faisant appel à des services de santé ou à des services sociaux, et aux personnes aux prises avec des troubles mentaux faisant appel à des services de santé ou à des services sociaux.
- ❑ S'assurer d'une utilisation adéquate des **outils validés et standardisés** (DEP-ADO¹⁰⁷, DEBA-Jeu¹⁰⁸, DEBA-Alcool¹⁰⁹, DEBA-Drogues¹¹⁰, etc.) par tous les intervenants concernés dans les établissements, et à cette fin :
 - s'assurer de la formation et de la mise à jour régulière des connaissances des intervenants sur la problématique des dépendances, sur leur détection et sur les outils utilisés.
- ❑ S'assurer que des interfaces opérationnelles ont été mises en place entre ce programme-services et les autres afin que la personne reçoive, au moment requis, les services que nécessite son état;

106. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Programme de services Dépendances, offre de service 2007-2012*, 2007, 58 p.

107. M. GERMAIN, L. GUYON, M. LANDRY, J. TREMBLAY, N. BRUNELLE et J. BERGERON, *DEP-ADO*, version 3.1, Montréal, *Recherche et intervention sur les substances psychoactives (RISQ)*, Octobre 2003.

108. J. TREMBLAY, J.-M. MÉNARD et F. FERLAND, *DÉBA-Jeu*, version 1.0, Montréal, *Recherche et intervention sur les substances psychoactives (RISQ)*, 2003.

109. J. TREMBLAY, P. ROUILLARD, N. APRIL et M. SIROIS, *DÉBA-Drogues*, Montréal, *Recherche et intervention sur les substances psychoactives (RISQ)*, Février 2001.

110. J. TREMBLAY, P. ROUILLARD, N. APRIL et M. SIROIS, *DÉBA-Alcool*, Montréal, *Recherche et intervention sur les substances psychoactives (RISQ)*, Février 2001.

- ❑ S'assurer de la mise en place dans chaque CSSS d'un processus de **coordination des services** comprenant les fonctions suivantes :
 - S'assurer que l'évaluation des besoins a été effectuée;
 - Convenir d'un plan de services avec la personne;
 - Négocier et coordonner les services dont la personne a besoin avec les différents prestataires;
 - Représenter la personne et défendre ses intérêts et ceux de ses proches;
 - S'assurer que les services sont donnés et réajustés selon l'évolution de la situation, quel que soit le milieu où vit la personne.
- ❑ S'assurer de la présence, dans chaque CSSS, d'une **équipe locale** offrant les services de première ligne aux personnes présentant un problème d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu ou à risque; la gamme de services devant inclure spécifiquement :
 - l'intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation et éviter le recours à des services spécialisés, comprenant notamment le counselling, les programmes de consommation contrôlée de type Alcochoix+ et d'autres programmes basés sur l'approche motivationnelle;
 - Le suivi psychosocial à la personne au terme d'un traitement spécialisé, en individuel ou en groupe, en vue de consolider les acquis du traitement, de réduire les risques de rechute et de faciliter le retour dans la communauté.
 - Suivi psychosocial, médical et pharmaceutique avec soutien à la méthadone;
 - Des services externes de désintoxication sans soins intensifs et l'accès à des services internes de désintoxication en milieu hospitalier;
 - Les services adaptés aux besoins des proches aidants, soit de l'information, de la formation ainsi que du soutien psychosocial.
- ❑ Assurer, avec les **médecins de famille**, l'accès à des services médicaux adaptés aux personnes présentant un problème d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu;
- ❑ Mettre en place pour chaque CSSS les **mécanismes de concertation** qui assurent la cohésion des impératifs cliniques et administratifs des services aux personnes présentant un problème d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu, et à cette fin :
 - déterminer et actualiser des modalités claires et fonctionnelles d'arrimage entre les services de première et deuxième ligne ainsi que les organismes communautaires et les ressources privées;
 - réviser ou consolider les processus de travail en fonction d'un réseau de services intégrés.
- ❑ Soutenir les CSSS pour le développement avec des intervenants intersectoriels de logements dans la communauté adaptés aux besoins de personnes présentant une dépendance et à cette fin :
 - favoriser la conclusion d'accords de coopération entre le réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires promoteurs de logements sociaux concernant le soutien communautaire pour les locataires correspondant aux clientèles visées¹¹¹.

Résultat attendu et indicateur :

- ❑ En 2010, chaque CSSS aura atteint la cible ministérielle concernant le « nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation »;
 - 1.7.1 Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation/nombre cible de jeunes référés.

111. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, Québec, 2007, p. 25.

29. Consolider les services de deuxième ligne du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA)

- ❑ S'assurer de la mise en place d'un programme régional d'évaluation spécialisée permettant l'accueil, l'évaluation et l'orientation des adultes et des jeunes qui nécessitent des services spécialisés en dépendance et offrant, dans le cadre de ce programme :
 - Des activités de soutien et de maintien de la motivation aux personnes qui doivent attendre leur entrée dans le programme de réadaptation vers lequel elles ont été orientées;
 - Les services d'une équipe de liaison assignée aux dépendances dans les urgences hospitalières, soit une infirmière pivot dans l'unité d'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis, avec disponibilité pour l'Hôpital de Montmagny et une infirmière pivot dans l'unité d'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges avec disponibilité pour l'Hôpital de Thetford Mines;
 - Des services d'expertise-conseil et de soutien aux professionnels des établissements du réseau.
- ❑ S'assurer de la mise en place des services de réadaptation en externe et avec hébergement ainsi que des services de traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution, et à cette fin de :
 - l'accueil des personnes qui leur sont adressées, en priorisant les jeunes, les femmes enceintes, les femmes ayant de jeunes enfants et les personnes ayant un problème de santé mentale;
 - la disponibilité de plans de suivi ou de maintien à la méthadone et de la référence de la personne aux services spécifiques du CSSS selon ses besoins;
 - la disponibilité de services et de plans de suivi en réinsertion sociale;
 - la disponibilité de services d'aide et de soutien à l'entourage des personnes dépendantes;
 - la disponibilité de soutien, de formation et d'expertise-conseil pour les partenaires du réseau;
 - l'existence d'ententes de services avec des organismes communautaires dans les domaines prévus par l'offre de service 2007-2012 du MSSS.
- ❑ S'assurer de la mise en place de mécanismes d'arrimage avec les services de première ligne dans les CSSS permettant aux usagers de recevoir, le cas échéant, des services de première et de deuxième ligne de façon concomitante ou d'être référés ou retournés, selon leur besoin, en première ligne lorsque les services de deuxième ligne ne sont plus requis.

Résultat attendu et indicateur :

- ❑ En 2010, le CRAT-CA aura atteint la cible ministérielle concernant le « nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique »;
 - 1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique/nombre cible de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique.

4.8 Programme-services : Santé mentale

« Le programme Santé mentale vise à permettre à toute personne, dont la santé mentale est perturbée, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation.

Les services sont destinés :

- aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants associés à de la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfère, de façon significative, dans leurs relations interpersonnelles et dans leurs compétences sociales de base;
- aux personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires, d'intensité variable, source d'une détresse psychologique importante, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener à leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur.

Le programme Santé mentale s'adresse aux adultes, aux jeunes et à leur famille. Cependant, l'approche diffère généralement selon les groupes d'âges.

Les services généraux de santé mentale sont des services psychosociaux et ils sont inclus dans le programme de Services généraux – activités cliniques et d'aide. Les urgences hospitalières de santé mentale relèvent du programme Santé mentale¹¹². »

Objectifs ministériels Les objectifs ministériels sont tirés du Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux publié en 2005. Il énonce d'abord une orientation générale liée à l'un des enjeux du plan, savoir :

« Enjeu 2 : L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables [et à cette fin], traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un risque suicidaire¹¹³. »

« *Axe : suicide*

1. Implanter des interventions globales de prévention du suicide incluant la réduction des risques et l'établissement de réseaux de sentinelles¹¹⁴.
2. Assurer dans 100 % des CSSS l'établissement d'ententes et de mécanismes de liaison entre les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques et les services de prise en charge dans la communauté.

112. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes de services et les programmes de soutien*, 2004, p. 19.

113. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, p. 19.

114. Les actions régionales et locales au regard de cet objectif sont détaillées dans le plan d'action régional (PAR) et les plans d'action locaux (PAL) 2008-2012 en santé publique.

Axe : services de première ligne

3. Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Axe : services de crise et d'intégration dans la communauté

4. Rendre accessible à la population des territoires locaux la gamme complète de services de crise, soit :
 - un service d'intervention téléphonique (accès 24 h/7 jours)
 - un service mobile d'intervention de crise
 - des places d'hébergement de crise
 - un suivi de crise à très court terme
 - un service d'urgence hospitalière
5. Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :
 - en suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants);
 - en soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants).

Axe : services de deuxième ligne

6. Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours¹¹⁵. »

**Objectifs de la région
de la
Chaudière-Appalaches**

La région met en place les actions nécessaires à la réalisation des objectifs ministériels pour ce programme. Toutefois, des objectifs spécifiques à la région sont identifiés, savoir :

30. Assurer en première ligne une réponse adéquate aux personnes de tous âges qui éprouvent une détresse menaçant leur équilibre psychique;
31. Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne pour les enfants et les jeunes ainsi que pour les adultes;
32. Assurer l'accès aux services d'évaluation et de traitement en deuxième et troisième ligne;
33. Réduire le nombre de suicides;
34. Établir une collaboration entre les responsables des divers programmes-services concernés pour les personnes présentant un diagnostic de comorbidité.

115. Ibid., p. 29-30.

LES ACTIONS**30. Assurer en première ligne une réponse adéquate aux personnes de tous âges qui éprouvent une détresse menaçant leur équilibre psychique**

- ❑ S'assurer que chaque CSSS accueille dans ses services généraux, médicaux et psychosociaux, les personnes de tous âges qui éprouvent une détresse menaçant leur équilibre psychique et leur offre les services suivants :
 - L'information sur la santé mentale et les services;
 - Des services de promotion et prévention;
 - Le soutien, l'évaluation de leur situation et une réponse à l'intérieur de ses services généraux ou une référence vers des services plus appropriés dont, le cas échéant, l'équipe de santé mentale de première ligne;
 - Des mécanismes de passage fluides entre les services généraux et l'équipe de santé mentale de première ligne et vice versa.
- ❑ S'assurer que chaque CSSS offre les services suivants d'intervention de crise 24 heures/7 jours à toute la population :
 - un numéro de téléphone connu de la population de son territoire pour accéder aux services de crise en tout temps;
 - l'intervention téléphonique de crise;
 - les services mobiles « face à face »;
 - l'hébergement de crise;
 - le suivi à court terme;
 - l'accès à l'urgence hospitalière.
- ❑ S'assurer que chaque CSSS a conclu des ententes et mis en place des mécanismes de liaison entre les différents services de crise, les services de prise en charge dans la communauté et les services spécialisés de psychiatrie;

31. Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne pour les enfants et les jeunes ainsi que pour les adultes*Pour les enfants et les jeunes*

- ❑ S'assurer que chaque CSSS a mis en place :
 - un guichet d'accès aux services de traitement de première et de deuxième ligne où l'équipe de santé mentale de première ligne procède à l'évaluation, au triage, à l'orientation et au traitement des enfants et des jeunes qui y sont dirigés ou, le cas échéant, à leur référence aux services de deuxième ligne;
 - une équipe de santé mentale de première ligne pour les enfants et les jeunes dont le rôle consiste à :
 - participer à des activités d'information, de promotion et de prévention en santé mentale;
 - traiter certains enfants ou jeunes dirigés vers l'équipe;
 - contribuer à la formation des ressources de première ligne de son territoire et faciliter ainsi la poursuite du traitement par celles-ci;
 - assurer des services d'intégration sociale à l'intention des enfants et des jeunes ayant des troubles mentaux graves stabilisés.

Pour les adultes

- ❑ S'assurer que chaque CSSS a mis en place :

- un guichet d'accès aux services de traitement de première et de deuxième ligne où l'équipe de santé mentale de première ligne procède à l'évaluation, au triage, à l'orientation et au traitement des adultes qui y sont dirigés ou, le cas échéant, à leur référence aux services de deuxième ligne;
- une équipe de santé mentale de première ligne pour les adultes dont le rôle consiste à :
 - participer à des activités d'information, de promotion et de prévention en santé mentale;
 - traiter certains adultes dirigés vers l'équipe;
 - contribuer à la formation des ressources de première ligne de son territoire et faciliter ainsi la poursuite du traitement par celles-ci;
 - assurer des services d'intégration sociale à l'intention des adultes ayant des troubles mentaux graves stabilisés.
- S'assurer que les personnes ont accès à des services de réadaptation psychosociale dispensés principalement par des organismes communautaires, lesquels sont en lien avec les autres services de santé mentale et sont offerts dans une perspective de réadaptation;
- S'assurer que chaque CSSS a mis en place, en collaboration avec les centres hospitaliers et les organismes communautaires, un système :
 - de suivi intensif dans la communauté par une équipe interdisciplinaire incluant un médecin;
 - de soutien à intensité variable par un intervenant pivot qui coordonne les services, établit les liens auprès de la personne traitée et assure une présence même s'il n'offre pas lui-même l'ensemble des services.
- S'assurer de la présence de pairs aidants dans au moins 30 % des équipes d'ici 2010;
- S'assurer que chaque CSSS a mis en place des services d'intégration sociale, incluant des collaborations intersectorielles, et portant en priorité sur :
 - la réorganisation des ressources résidentielles privilégiant la formule de logement autonome avec les services de soutien appropriés, selon les cibles ministérielles;
 - le soutien psychosocial au processus d'intégration et de maintien en emploi ou aux études.
- Soutenir les CSSS pour le développement de logements dans la communauté adaptés aux besoins des personnes ayant un trouble mental, avec des intervenants intersectoriels, et à cette fin :
 - favoriser la conclusion d'accords de coopération concernant le soutien communautaire pour les locataires correspondant aux clientèles visées¹¹⁶, entre le réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires promoteurs de logements sociaux.
- Soutenir le développement de partenariats entre les employeurs et les organismes de ce secteur d'activité pour favoriser la création d'emplois adaptés aux besoins des personnes ayant un trouble mental;
 - favoriser, avec la collaboration de la Direction régionale d'Emploi-Québec, l'application de programmes de type contrat d'intégration au travail (CIT) pour les personnes ayant un trouble mental grave;
 - s'assurer que les CSSS, en collaboration avec leurs partenaires, rendent accessible le soutien psychosocial à l'intégration au travail.

Résultats attendus et indicateurs :

En 2010, chaque CSSS aura atteint les cibles ministérielles concernant :

- Le « nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le « nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services » et le « nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de

116. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, Québec, 2007, p. 25.

18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services »;

1.8.5 Nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services en soutien d'intensité variable dans la communauté/nombre cible d'utilisateurs;

1.8.6 Nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services de suivi intensif/nombre cible d'utilisateurs.

- Le « nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC) » :

1.8.9 Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)/nombre cible d'utilisateurs.

- Le « nombre d'ETC dédiés aux équipes de première ligne en santé mentale pour les jeunes » et le « nombre d'ETC dédiés aux équipes de première ligne en santé mentale pour les adultes » :

- Nombre d'ETC dédiés aux équipes de première ligne en santé mentale pour les jeunes/nombre d'ETC cible;

- Nombre d'ETC dédiés aux équipes de première ligne en santé mentale pour les adultes/nombre d'ETC cible.

- Le « nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi d'intensité variable » et le « nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi intensif » :

- Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi d'intensité variable/nombre d'ETC cible;

- Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi intensif/nombre d'ETC cible.

32. Assurer l'accès aux services d'évaluation et de traitement en deuxième et troisième ligne

- S'assurer que des ententes de services ont été conclues entre les centres hospitaliers concernés et les CSSS afin de donner un accès équitable aux services spécialisés de pédopsychiatrie et de psychiatrie destinés respectivement aux enfants et aux jeunes ainsi qu'aux adultes de leur territoire, notamment :
 - l'accès à un pédopsychiatre répondant par tranche de 50 000 jeunes;
 - l'accès à un psychiatre répondant par tranche de 50 000 habitants.
- Obtenir du RUIS Laval l'accès aux services spécialisés afin de compléter, le cas échéant, l'offre de service requis dans la région ainsi que l'accès aux services de troisième ligne pour répondre aux besoins de la région.

Résultats attendus et indicateurs :

- En 2010, chaque centre hospitalier aura atteint les cibles ministérielles concernant le « séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale » et le « pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale »;

1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale/séjour moyen cible;

1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale/pourcentage de séjour cible.

- En 2010, chaque établissement concerné aura atteint la cible ministérielle concernant le « nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours »;

1.8.10 Nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours/nombre cible d'utilisateurs.

33. Réduire le nombre de suicides¹¹⁷

- ❑ Rejoindre les personnes en difficulté ou en situation de crise, particulièrement les hommes adultes, et intervenir auprès d'eux :
 - Chaque CSSS a mis en place, en collaboration avec les organismes communautaires, des interventions de soutien individuel ou de groupe aux personnes en difficulté ou en situation de crise, en priorité aux hommes et jeunes de 15 à 25 ans.
- ❑ Assurer l'identification, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes à potentiel suicidaire élevé :
 - Chaque CSSS a mis en place le projet RÉMI (réagir au phénomène du suicide, mobiliser les partenaires pour intervenir en continuité) afin d'améliorer l'arrimage et la continuité des services et de fournir un accès à un suivi étroit et de durée suffisante aux personnes concernées.
- ❑ S'assurer de la mise en place par les CSSS d'interventions impliquant les organismes communautaires dans des activités de prévention du suicide.

34. Établir une collaboration entre les responsables des divers programmes-services concernés pour les personnes présentant un diagnostic de comorbidité

- ❑ Soutenir la réalisation d'ententes de services entre les CSSS et les établissements et les organismes œuvrant dans les différents programmes-services pour les personnes présentant un diagnostic de comorbidité lié à l'association de problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de déficience intellectuelle.

117. Des mesures de prévention du suicide sont également prévues dans la section traitant du programme-services de Santé publique.

4.9 Programme-services : Santé physique

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

Le programme Santé physique comprend donc précisément :

□ Les urgences

Les soins dispensés dans les urgences sont des services d'accueil, d'évaluation, de stabilisation et de traitement dans le but de répondre à une condition médicale urgente ou d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation du patient.

□ Les épisodes de soins aigus et les visites en ambulatoire qui sont spécialisés et surspécialisés ainsi que les visites spécialisées à domicile.

Les services spécialisés et surspécialisés permettent de résoudre des problèmes de santé complexes. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée. Ceux-ci ont un caractère ponctuel. Les personnes y sont référées pour une consultation, une investigation plus poussée, une série de traitements spécialisés ou un encadrement particulier.

Dans le programme Santé physique, on retrouve ces services dans les épisodes de soins aigus et les visites en ambulatoire ou à domicile. Aux fins de ce document, un épisode de soins va de l'admission en établissement au congé¹¹⁸. Ainsi, les services aux personnes posthospitalisées et postopérées ne sont pas compris dans ce programme, mais dans le programme de Services généraux – activités cliniques et d'aide.

□ Les soins palliatifs

Les soins palliatifs offerts par une équipe qui assure aux mourants des soins individualisés et personnalisés font partie du programme. Ces soins visent à apaiser la souffrance par le soulagement des symptômes et par des soins de base dispensés avec assiduité, et à accompagner le mourant dans un cheminement vers la mort.

□ Les services de santé physique destinés aux malades qui ont besoin d'un suivi systématique et qui doivent recevoir des services en continu.

La plupart de ces services sont destinés aux personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un cancer et ils occupent une place de plus en plus importante dans l'offre de service. L'approche dans la prestation de ces services diffère de celle des soins aigus. En effet, il ne s'agit pas de guérir, mais plutôt de réduire la détérioration des conditions de santé et d'assurer une certaine qualité de vie.

118. Dans le cas d'une intervention dans une clinique affiliée de médecins spécialistes, l'épisode de soins se limite à cette intervention. Il est à noter qu'une clinique affiliée est rattachée par entente à un centre hospitalier et qu'elle offre des services médicaux, des chirurgies et certains services diagnostiques (Commission Clair, 2000).

Les services de nutrition comme les services infirmiers, l'ergothérapie ou la physiothérapie sont classés dans le programme Santé physique quand ils font partie d'un épisode de soins aigus (en centre hospitalier, en clinique affiliée ou autre).

Les activités des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) pour les personnes ayant des incapacités temporaires relèvent de ce programme.

Les épisodes de soins aigus, peu importe la clientèle qui la reçoit, se rattachent à ce programme. Par exemple, un épisode de soins aigus dispensé à une personne en perte d'autonomie ou à une personne avec une déficience physique est compris dans ce programme.

Le transport ambulancier pour les personnes assurées appartient à ce programme.

Les services d'urgence pour les personnes aux prises avec un problème de santé mentale ne se retrouvent pas dans ce programme. Ils sont classés dans le programme Santé mentale¹¹⁹. »

Objectifs ministériels Les objectifs ministériels sont tirés du Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux publié en 2005. Il énonce d'abord trois orientations générales liées à l'un des enjeux du plan, savoir :

« Enjeu 2 : L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables [et à cette fin], ... réduire l'encombrement des **urgences**.

- ❑ Améliorer l'accès aux services de **chirurgie** en vue de réduire les listes d'attente;
- ❑ Offrir un continuum de services pour la lutte contre le **cancer** et pour les personnes atteintes de **maladies chroniques**¹²⁰. »

« *Axe : services d'urgence*

1. Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :
 - séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
 - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur une civière à l'urgence.

Axe : chirurgie

2. Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une :
 - chirurgie de la cataracte
 - arthroplastie de la hanche
 - arthroplastie du genou
 - chirurgie avec hospitalisation
 - chirurgie d'un jour
 - chirurgie cardiaque

119. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes de services et les programmes de soutien*, 2004, p. 19-20.

120. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, p. 19.

*Axe : prévention*¹²¹

3. Implanter des services de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques;
4. Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme;
5. Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein;

Axe : services de première, deuxième et troisième ligne

6. Poursuivre l'implantation, dans les territoires locaux, de services d'enseignement, d'autogestion et de suivi pour les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique;
7. Assurer la disponibilité des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales de lutte contre le cancer;
8. Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 8 semaines;
9. Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en cardiologie tertiaire (hémodynamie, chirurgie cardiaque et électrophysiologie);
10. Accroître l'accès aux services de soins palliatifs :
 - en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile;
 - en augmentant l'intensité des services;
 - en augmentant le nombre de lits¹²² ».

**Objectifs de la région
de la
Chaudière-Appalaches**

La région met en place les actions nécessaires à la réalisation des objectifs ministériels pour ce programme. Toutefois, des objectifs spécifiques à la région sont identifiés, savoir :

35. Compléter la mise en place du réseau de services intégrés de lutte contre le cancer;
36. Compléter la mise en place des mesures découlant de la Politique en soins palliatifs de fin de vie;
37. Consolider les services préhospitaliers d'urgence;
38. Atteindre et maintenir un temps de séjour optimal à l'unité d'urgence des centres hospitaliers;
39. Améliorer l'accès aux services spécialisés pour la population de la région;
40. Doter la région d'un plan d'organisation des services médicaux spécialisés;
41. Implanter la gestion intégrée des maladies chroniques selon l'approche du suivi systématique des clientèles;
42. Améliorer la conformité du circuit du médicament en établissements de santé aux normes reconnues en la matière.

121. Les actions au regard de ces objectifs sont actualisées dans le Plan national de santé publique (PNSP), op. cit.

122. Ibid., p. 24-26.

LES ACTIONS

35. Compléter la mise en place du réseau de services intégrés de lutte contre le cancer

- ❑ Compléter la mise en place du réseau de services intégrés de lutte contre le cancer, de manière hiérarchisée, dans chacune des instances locales et régionale, tel que présenté dans le Programme régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches (12), plan d'action régional 2004-2007 (PRLC-CA)¹²³, en y incluant les mises à jour découlant des orientations prioritaires 2007-2012 du programme québécois de lutte contre le cancer¹²⁴;
- ❑ Réaliser, sous la responsabilité de la Direction régionale de Santé publique et de ses partenaires, les activités **de promotion, de prévention et de dépistage** découlant du Programme national de santé publique (PNSP)¹²⁵ et citées dans le PRLC-CA, savoir :
 - les saines habitudes de vie, soit la réduction de l'usage du tabac, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et de la pratique de l'activité physique¹²⁶;
 - le milieu de travail et la santé environnementale, soit la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition à des substances, ainsi que la diminution de l'incidence de certains cancers^{127 128};
 - le dépistage du cancer du sein chez les femmes, l'intégration des notions de promotion, prévention et dépistage dans les pratiques cliniques préventives et en particulier les pratiques cliniques médicales préventives¹²⁹.
- ❑ S'assurer que chaque usager atteint de cancer et ses proches aient accès dans chaque centre hospitalier à une **infirmière pivot en oncologie** qui assume les principales fonctions suivantes¹³⁰:
 - Évaluer les besoins de la personne atteinte de cancer et ceux de ses proches et s'assurer que l'on répond à ces besoins;
 - Informer la personne atteinte et ses proches (enseignement sur la maladie, le traitement, la gestion des symptômes, les ressources etc.);
 - Soutenir et accompagner la personne atteinte et ses proches;
 - S'assurer de la coordination et de la continuité des actions entre les professionnels et entre les lieux où sont offerts les soins (hôpital, CLSC, milieu communautaire);
 - Agir comme infirmière pivot pour la personne atteinte et ses proches sur tout le continuum de soins¹³¹.
- ❑ S'assurer de la mise en place de modalités d'accès à l'infirmière pivot en oncologie, régionale ou locale, selon le cas, par les médecins concernés pour que toute personne recevant un diagnostic de cancer lui soit référée;
- ❑ S'assurer d'une utilisation adéquate de l'**outil** « L'évaluation initiale de l'infirmière pivot en oncologie » retenu par la région et à cette fin, de la mise à jour régulière des connaissances des infirmières;

123. Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, *Programme régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches (12), plan d'action régional 2004-2007*, 2004, 60 p. et annexes.

124. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*, 2007, 39 p.

125. Les mesures régionales et locales au regard de cette action sont détaillées dans le plan d'action régional (PAR) et les plans d'action locaux (PAL) 2008-2012 en santé publique.

126. Voir aussi la section des habitudes de vie et les maladies chroniques dans le programme-services Santé publique.

127. Voir aussi la section sur la santé environnementale dans le programme-services Santé publique.

128. Voir aussi la section sur la santé au travail dans le programme-services Santé publique.

129. Voir aussi la section des habitudes de vie et les maladies chroniques dans le programme-services Santé publique.

130. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer*, Avis, Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie (CÉPIO), 2005, p. 48.

131. *Programme régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches (12), Plan d'action régional 2004-2007*, 2004, p. 48.

- ❑ S'assurer de la mise en place dans chaque CSSS d'un processus de **coordination de soins et de services** par des infirmières répondantes en oncologie en CLSC comprenant les fonctions complémentaires à celles de l'infirmière pivot en centre hospitalier¹³²;
- ❑ S'assurer de l'évaluation continue des besoins de l'usager et de ses proches et s'assurer que l'on réponde à ces besoins;
- ❑ S'assurer que l'usager et ses proches détiennent l'information spécifique en fonction de l'analyse de sa situation, notamment sur les ressources locales et communautaires et référer au besoin;
- ❑ Présenter l'usager atteint de cancer avec des symptômes complexes aux membres de l'équipe interdisciplinaire locale et participer à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire individualisé;
 - Soutenir et accompagner l'usager et ses proches et référer au besoin à l'infirmière pivot en centre hospitalier;
 - Favoriser la participation de l'usager et de ses proches à la gestion de ses symptômes et la compréhension de ceux-ci par un enseignement précis et rassurant;
 - Collaborer avec l'infirmière pivot en centre hospitalier à la continuité des actions entre les professionnels et entre les lieux de traitement ainsi qu'à la coordination des services;
 - Valoriser l'usager et ses proches dans leurs stratégies d'adaptation et les encourager dans leur autonomie;
 - Appliquer les normes de pratique en soins infirmiers oncologiques dans les soins à domicile;
 - Participer au besoin aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire locale ou régionale en oncologie ainsi qu'au comité régional des infirmières pivots.
- ❑ S'assurer que les **équipes interdisciplinaires régionale ou locales en oncologie**, dont fait partie l'infirmière pivot, ont été mises en place dans chaque centre hospitalier, selon son mandat spécifique, et qu'elles réalisent le mandat qui leur est dévolu en dispensant les soins et les services nécessaires à l'usager et à ses proches tout en les informant et en les impliquant dans la prise de décision;
- ❑ S'assurer avec les **médecins** que ceux-ci :
 - acheminent systématiquement à l'infirmière pivot une demande de services pour toute personne à qui est annoncé un diagnostic de cancer;
 - offrent le soutien médical et l'information adéquate;
 - évaluent, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire en oncologie, le choix des options de traitement possibles en tenant compte de l'avis de l'usager;
 - si ce sont des médecins spécialistes, transmettent l'information clinique nécessaire au médecin de famille pour assurer le suivi de son patient;
 - s'assurer que chaque CSSS et le CHAU Hôtel-Dieu de Lévis ont organisé l'accès aux services appropriés, dans le délai médicalement requis, pour **l'investigation, le diagnostic et le traitement**.
- ❑ S'assurer que chaque CSSS a organisé, pour les personnes atteintes de cancer, les services de **soutien, d'adaptation et de réadaptation**;
- ❑ S'assurer de la mise en place pour la région des **mécanismes de concertation** qui assurent la cohésion des impératifs cliniques et administratifs du réseau de services intégrés hiérarchisés de lutte contre le cancer, et à cette fin que soient :
 - identifiées et actualisées des modalités claires et fonctionnelles d'arrimage entre les services de première et deuxième ligne ainsi que les organismes communautaires;
 - identifiées et actualisées des modalités claires et fonctionnelles d'arrimage entre les établissements de la région de la Chaudière-Appalaches et les centres hospitaliers de la

132. Ce rôle est prévu au *Programme régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches 2004-2007* sous le nom de « infirmière pivot en CLSC ». Toutefois, ses responsabilités ne sont pas suffisamment précisées. Le texte qui suit est une proposition de l'Agence basée sur les responsabilités qui lui ont été définies par un CSSS.

région de la Capitale-Nationale qui dispensent des services en oncologie aux résidents de Chaudière-Appalaches;

- révisés ou consolidés les processus de travail en fonction du réseau de services intégrés.

36. Compléter la mise en place des mesures découlant de la politique en soins palliatifs de fin de vie¹³³

- S'assurer de la mise en place, dans chaque CSSS et pour chaque fournisseur de services, **des mécanismes d'accès** aux services clairs et connus comportant :
 - des critères d'admissibilité définis et uniformes pour tous les sites de prestation de même type, incluant des critères similaires pour les centres hospitaliers, les services de soutien à domicile et les autres programmes ou établissements, quel que soit le territoire ou la région;
 - des moyens d'informer adéquatement les usagers, les proches, les professionnels de la santé et la population sur les services disponibles;
 - un mécanisme de référence systématique vers les soins palliatifs dans la communauté.
- S'assurer d'une utilisation adéquate d'outils d'évaluation validés et standardisés dont **l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)** par tous les intervenants concernés dans les établissements, et à cette fin de leur formation et de la mise à jour régulière de leurs connaissances sur l'utilisation de ces outils;
- S'assurer de l'exercice de la fonction de **coordination** par un professionnel de la santé dans chaque CSSS comprenant les rôles suivants :
 - S'assurer que les évaluations requises sont effectuées;
 - Convenir d'un plan de services avec la personne et ses proches;
 - Négocier et coordonner les services dont la personne a besoin avec les différents prestataires;
 - Vérifier que la personne et ses proches possèdent les connaissances et l'information requises pour se sentir à l'aise pour la suite des événements, incluant l'accès 24/7 au professionnel ou son remplaçant qui assure la coordination clinique;
 - Représenter la personne et défendre ses intérêts et ceux de ses proches;
 - Vérifier que les services sont donnés et réajustés selon l'évolution de la situation, quel que soit le milieu où se trouve la personne.
- S'assurer de la mise en place dans chaque site de prestation d'une **équipe interdisciplinaire en soins palliatifs** exerçant les rôles suivants :
 - « Contribuer à l'évaluation et à la stabilisation de l'état de l'usager, au contrôle des symptômes et de la douleur, et à la prestation des services dans les différents milieux de soins et dans les différents programmes de chaque établissement, selon une approche globale de la personne, en réponse à des besoins physiques, psychologiques et spirituels;
 - Soutenir les autres intervenants dans les différents milieux de soins par de la formation, des conseils et au besoin, par des interventions directes auprès de l'usager et des proches;
 - Soutenir les proches dans le processus menant à la perte d'un être cher et les orienter vers les services de la communauté pour la prise en charge des deuils normaux ou pathologiques¹³⁴ ».

133. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, 2004, 93 p.

134. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, 2004, p. 52.

- ❑ Constituer une **équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs**, y compris les soins palliatifs pédiatriques, au centre hospitalier régional CHAU Hôtel-Dieu de Lévis¹³⁵;
- ❑ S'assurer de la mise en place dans chaque territoire d'une **gamme de services** diversifiés, standardisés et harmonisés comprenant :
 - les services généraux courants;
 - les services de soutien à domicile sur une base 24/7;
 - les services complémentaires répondant à des besoins spirituels et sociaux spécifiques;
 - les services ambulatoires en centre de jour, en hôpital de jour ou en clinique de soins palliatifs;
 - les services de répit et de dépannage, incluant l'hébergement temporaire;
 - les services en soins palliatifs de fin de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), dans les ressources intermédiaires (RI) et dans les ressources de type familial (RTF);
 - les services de soins palliatifs de fin de vie dans le centre hospitalier ou dans un CHSLD pour les personnes qui n'y sont pas hébergées;
 - et au niveau régional, les services dans une unité de soins palliatifs au centre hospitaliers CHAU Hôtel-Dieu de Lévis¹³⁶.
- ❑ S'assurer que les services de la Maison Catherine-de-Longpré, située dans le territoire de Beauce, s'inscrivent dans la planification territoriale d'ensemble en soins palliatifs de fin de vie pour les besoins des territoires de Beauce et des Etchemins et que, le cas échéant, elle répond aux conditions ministérielles à l'égard des maisons de soins palliatifs, dont celles de la politique en soins palliatifs de fin de vie;
- ❑ Assurer, avec les **médecins de famille et les pharmaciens** des établissements et de la communauté, l'accès à des services médicaux et pharmaceutiques adaptés aux personnes en soins palliatifs de fin de vie, incluant :
 - la coordination et la liaison médicale entre le médecin traitant en centre hospitalier et le médecin de famille dans la communauté;
 - l'accès 24/7 à un médecin et un pharmacien, en particulier pour le personnel soignant à domicile;
 - l'accès sans délais à la médication.
- ❑ Mettre en place pour la région et chaque CSSS les **mécanismes de concertation** qui assurent la cohésion des impératifs cliniques et administratifs de l'organisation régionale des soins palliatifs de fin de vie, et à cette fin :
 - que chaque fournisseur de services définisse clairement ses responsabilités quant à la prestation de soins palliatifs sur un territoire déterminé, et ce, dans un souci de complémentarité;
 - déterminer et actualiser des modalités claires et fonctionnelles d'arrimage entre les services de première et deuxième ligne, les médecins, les pharmaciens, les bénévoles ainsi que les organismes communautaires;
 - réviser ou consolider les processus de travail en fonction de l'intégration des services entre les différents fournisseurs et entre les niveaux de services.
- ❑ S'assurer de la mise en place des mécanismes favorisant **la qualité des services** et en particulier :
 - élaborer et implanter des protocoles et des normes de pratique reconnus, en particulier les normes ministérielles en matière de soins palliatifs pédiatriques¹³⁷;
 - rendre accessibles des activités de formation de base et de formation continue pour l'ensemble des personnes appelées à fournir une prestation de services aux usagers et à leurs proches;

135. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*, 2007, p. 30.

136. Ibid., p. 30.

137. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques*, 2006, 88 p.

- mettre en place un mécanisme d'évaluation des services, incluant l'évaluation de la qualité;
- recueillir des données exactes et complètes sur les services rendus aux personnes en fin de vie, dans la base de données I-CLSC, par une application rigoureuse du cadre normatif.

Résultat attendu et indicateurs :

- ❑ En 2010, chaque CSSS aura atteint la cible ministérielle concernant le « nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile » et le « nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile »;
 - 1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile/nombre cible d'usagers;
 - 1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile/nombre moyen cible d'interventions par usager.

37. Consolider les services préhospitaliers d'urgence

- ❑ Élaborer un plan d'action régional sur les services préhospitaliers d'urgence concernant les volets tant clinique qu'administratif de ces services;
- ❑ Apporter, s'il y a lieu, les ajustements requis à l'offre de service selon les besoins évalués pour chaque zone, en s'appuyant sur les recommandations du rapport final du Comité technique sur le déploiement des services ambulanciers sur le territoire québécois (Rapport Gauthier, 3 octobre 2007);
- ❑ Assurer la réalisation d'un projet expérimental, entre 2006 et 2010, consistant en la mise en place d'une unité de coordination clinique en services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) et des services de télémétrie, ainsi que son évaluation par une équipe de chercheurs de l'Université Laval;
 - Conclure des ententes de services entre l'Agence de Chaudière-Appalaches et celle de la Capitale-Nationale, les CSSS du Grand Littoral, de Montmagny-l'Islet, de Beauce et de la région de Thetford, le CHAU Hôtel-Dieu de Lévis et l'Hôpital Laval pour établir un corridor de service avec ce dernier pour certaines personnes présentant un infarctus du myocarde.
- ❑ Clarifier les rôles du Centre d'appels d'urgence de Chaudière-Appalaches (CAUCA), du Centre de coordination santé (CCS) et du service préhospitalier d'urgence (SPU);
- ❑ Consolider les mesures d'amélioration continue de la qualité des services de ce secteur en particulier au regard des activités de contrôle de la qualité et de la formation continue des techniciens ambulanciers;
- ❑ Développer 2 nouveaux services de premiers répondants par année et sensibiliser les commissions scolaires à l'importance de la formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR) pour les étudiants à la fin du cours secondaire;
- ❑ Mettre à jour le plan régional des mesures d'urgence et réaliser des travaux d'optimisation des ressources concernées.

38. Atteindre et maintenir un temps de séjour optimal à l'unité d'urgence et les unités d'hospitalisation des centres hospitaliers

- ❑ S'assurer que tous les centres hospitaliers ont mis en place des pratiques hospitalières adaptées aux besoins spécifiques des usagers, en particulier ceux des personnes âgées en perte d'autonomie, savoir :
 - l'atteinte des cibles ministérielles concernant le séjour sur civière;

- des modalités d'accès rapide à des examens et des consultations spécialisées en ambulatoire en vue de réduire le recours à l'unité d'urgence pour recevoir ces services;
- la référence rapide à des ressources dédiées à certaines problématiques telles le centre de crise en santé mentale, des places de dégrèvement, etc.;
- le repérage de la perte d'autonomie à l'unité d'urgence et à l'admission en centre hospitalier;
- la sortie des personnes âgées en perte d'autonomie du centre hospitalier dès la fin de l'épisode de soins actifs et, à cette fin, la référence, selon le cas, à une unité de réadaptation fonctionnelle intensive spécialisée (URFI) ou à leur CSSS d'appartenance;
- référer à son CSSS d'appartenance (mission CLSC) toute personne dont le retour à domicile ne peut s'effectuer à la fin de la période de soins actifs pour convalescence, évaluation et orientation, incluant une orientation en CHSLD, laquelle doit être faite dans tous les cas par le CSSS (mission CLSC).

Résultat attendu et indicateurs :

- En 2010, chaque centre hospitalier aura atteint les cibles ministérielles concernant le « séjour moyen sur civière », le « séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus », le « pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière » et le « pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus »;
- 1.9.1 Séjour moyen sur civière/séjour moyen cible;
- 1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus/séjour moyen cible des personnes de 75 ans et plus;
- 1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière/pourcentage cible;
- 1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus/pourcentage cible des personnes de 75 ans et plus.

39. Améliorer l'accès aux services spécialisés pour la population de la région

- Élaborer et implanter un plan régional d'amélioration de l'accès aux services spécialisés (PRAASS) et soutenir les établissements concernés dans l'élaboration et l'implantation de leur plan local, le tout conformément aux dispositions sur le sujet de la LSSSS introduites en 2006¹³⁸;
- S'assurer de l'implantation au moment requis des mécanismes d'accès prévus par la LSSSS et favoriser la diffusion de l'information et l'adhésion des prestataires de soins concernés à ces mécanismes;
- Harmoniser les mécanismes d'accès et les pratiques, effectuer le suivi de leur fonctionnement et les évaluer;
- Adopter pour la région une stratégie d'accès à la chirurgie, portant notamment sur les corridors de services, les protocoles de transfert et de prise en charge, la responsabilité des établissements, les besoins de services extrarégionaux et les ententes qui en découlent, le tout afin de répondre aux besoins des patients qui ne peuvent recevoir les services attendus à leur établissement d'origine dans les délais prescrits;
- Identifier et soutenir les établissements de la région qui seront reconnus par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour faire partie du réseau d'accès à la chirurgie (RAC) destiné aux patients d'autres régions à qui un accès prioritaire doit être assuré pour qu'ils reçoivent la chirurgie attendue dans les délais prescrits.

138. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.Q. 2006, c. 43.

Résultat attendu et indicateurs :

- En 2010, chaque centre hospitalier concerné aura atteint les cibles ministérielles relatives au « nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées », au « nombre d'arthroplasties du genou réalisées », au « nombre de chirurgies de la cataracte réalisées », au « nombre de chirurgies d'un jour réalisées excluant la cataracte », au « nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées excluant PTH et PTG », au « nombre de patients en attente depuis plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche », au « nombre de patients en attente depuis plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou » et au « nombre de patients en attente depuis plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte » ;
 - 1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées/nombre cible;
 - 1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées/nombre cible;
 - 1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées/nombre cible;
 - 1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées excluant la cataracte/nombre cible;
 - 1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)/nombre cible;
 - 1.9.20 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche/pourcentage cible;
 - 1.9.21 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou/pourcentage cible;
 - 1.9.22 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte/cible.

40. Doter la région d'un plan d'organisation des services médicaux spécialisés

- Élaborer un plan d'organisation régional des services médicaux spécialisés qui tient compte des besoins de la population de la région et de sa répartition dans les territoires locaux, de la configuration géographique et de l'utilisation efficiente des ressources;
- S'assurer que ce plan d'organisation intègre les balises ci-après en vue de procurer à la région une organisation de services performants et stables ainsi qu'une répartition équitable des services dans les territoires, savoir :
 - des mesures favorisant l'augmentation de la rétention dans la région de la consommation des services médicaux spécialisés des niveaux local et régional¹³⁹, avec une déconcentration de certains services de niveau régional, lorsque les masses critiques la justifient;
 - une dispensation de service hiérarchisée impliquant pour le CHAU HDL un leadership clinique et une participation au développement de divers programmes de soins, de même qu'une responsabilité envers les établissements de sa région en cas de ruptures de services;
 - des équipes médicales spécialisées des niveaux local et régional cohérentes, c'est-à-dire des équipes interreliées, constituant des regroupements cliniques cohérents, se soutenant mutuellement et supportant les CSSS, leur centre hospitalier et les cliniques médicales;
 - des modalités d'organisation appuyées sur la complémentarité et qui permettent :
 - d'optimiser la capacité de production des établissements de la région avec des standards de qualité et des coûts de revient par épisode compétitifs;
 - de respecter des standards d'accès aux services diagnostiques et de chirurgie;
 - d'assurer la garde et d'éviter les ruptures de services.

139. On retrouve une proposition du Conseil médical du Québec sur la répartition des spécialités entre les niveaux local, régional et suprarégional dans la section de l'enjeu 3 du chapitre 3 du présent document.

- ❑ Appuyer l'actualisation de ce plan d'organisation en soutenant, lorsque nécessaire, la mise à jour des installations physiques, des équipements médicaux spécialisés et des équipements de haute technologie des établissements concernés;
- ❑ Assurer l'accès aux services médicaux spécialisés de troisième ligne pour la population de la région de la Chaudière-Appalaches en établissant des corridors de services avec les régions et établissements concernés dans les spécialités visées, et ce, au moyen d'ententes formelles de services convenues en tenant compte de l'organisation des services établie dans le cadre du RUIS de l'Université Laval;
- ❑ Soutenir l'implantation des services spécialisés ci-après et s'assurer de leur fonctionnement, savoir :
 - le centre d'investigation en spécialités pour symptômes subaigus au CHAU HDL, lequel vise à accélérer l'accès aux médecins spécialistes¹⁴⁰ pour les patients présentant une condition clinique de nature subaiguë et référés par leur médecin de famille¹⁴¹, et
 - évaluer l'impact du centre sur l'accès aux services médicaux spécialisés concernés, les visites à l'urgence, le délai de prise en charge ainsi que la satisfaction des usagers et des professionnels;
 - le service de dialyse rénale au CSSS de Beauce en lien avec le CHAU HDL;
- ❑ Soutenir la consolidation du rôle de centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis dans la région et dans le RUIS de l'Université Laval, en particulier au regard des aspects suivants :
 - consolider le milieu d'enseignement et de recherche et, dans ce contexte,
 - collaborer à la mise en place et au fonctionnement du programme de médecine familiale de l'unité de médecine familiale (UMF) opérée par le CSSS du Grand Littoral par l'offre de stages en médecine spécialisée;
 - collaborer au développement du centre d'expertise en douleur chronique avec une vocation régionale et, le cas échéant, suprarégionale, et à celui du laboratoire du sommeil avec une vocation régionale;
 - en se basant sur les conclusions du projet expérimental d'intégration de la télémédecine en services préhospitaliers d'urgence dans la région, soutenir la consolidation et le développement, comme centre d'expertise, de l'unité de coordination clinique en services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) avec une vocation régionale et le cas échéant, suprarégionale;
 - soutenir et collaborer au projet de téléconsultation et soutien au développement des pratiques professionnelles multidisciplinaires élaboré par le RUIS de l'Université Laval et plus particulièrement :
 - soutenir le centre hospitalier régional CHAU Hôtel-Dieu de Lévis qui participe au projet comme fournisseur de services régional et suprarégional en soins de plaies complexes, et le CRDP de Chaudière-Appalaches comme fournisseur de services régional en réadaptation;
 - soutenir les établissements de la région de la Chaudière-Appalaches comme bénéficiaires des services fournis par les différents établissements participant au projet.

140. Dans un premier temps, les spécialités concernées sont la neurologie, la gastro-entérologie, l'urologie et la rhumatologie.

141. Le centre d'investigation en spécialités pour symptômes subaigus coordonne les demandes d'investigation et de consultation en services spécialisés. Le centre permet au patient de passer ses examens d'investigation à partir des protocoles standardisés convenus avec les médecins spécialistes, et ce, avant sa première rencontre avec le médecin spécialiste. Le centre exerce son rôle en deuxième ligne et vise d'abord la clientèle du RLS du Grand Littoral. Pour la desserte des autres territoires de CSSS, l'investigation diagnostique doit être complétée localement dans la mesure où le service est disponible afin d'améliorer l'accès au médecin spécialiste et de limiter les déplacements des usagers.

41. Implanter la gestion intégrée des maladies chroniques selon l'approche du suivi systématique des clientèles

- ❑ Implanter la gestion intégrée de la maladie chronique avec les établissements concernés de la région en s'inspirant d'expériences dans d'autres régions du Québec et en procédant de façon progressive :
 - pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC);
 - par la suite pour les personnes atteintes du diabète et celles atteintes d'insuffisance cardiaque.

42. Améliorer la conformité du circuit du médicament en établissements de santé aux normes reconnues en la matière

- ❑ Mettre en place les mesures du plan d'action régional 2007-2012 sur l'organisation des services pharmaceutiques en établissements de santé dans la région de la Chaudière-Appalaches¹⁴²;
 - Les mesures portent sur la réorganisation du travail du personnel des pharmacies d'établissements, le réaménagement de hottes et de pneumatiques, l'acquisition et l'installation d'équipements de supervision, d'ensacheuses automatisées et de chariots ainsi que les réaménagements physiques associés, le tout en vue d'augmenter la conformité et la sécurité du circuit du médicament et d'optimiser l'utilisation de l'expertise du personnel.

142. Ce plan fait suite à : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec, plan d'action 2005-2006*, 2 p., lequel découle du rapport du groupe de travail sur l'introduction de systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec.

4.10 Programme-soutien : Administration et soutien aux services

« Ce programme est composé de deux univers : le premier regroupe des activités de nature administrative et le second appuie la prestation des services à la clientèle de l'établissement. Dans le premier, on retrouve la gestion générale de l'établissement, l'administration des services techniques et les activités liées à l'intégration de l'informatique.

Le second comprend la coordination des services à la clientèle et des soins infirmiers et d'assistance, l'enseignement, les activités relatives à l'admission et à l'inscription des usagers, l'alimentation et la buanderie. Cependant, il faut porter une attention particulière à certains coordonnateurs qui sont des gestionnaires de cas. Ces derniers doivent être classés dans les programmes-services. Il s'agit de postes cliniques et non de postes de gestion¹⁴³. »

Objectifs ministériels Les objectifs ministériels sont tirés du Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux publié en 2005. Il énonce les orientations et objectifs reliés à ce programme de services, savoir :

« Améliorer la qualité et assurer la **prestation sécuritaire** des services de santé et des services sociaux

Axe : prestation sécuritaire

1. Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux;

Axe : prévention des infections nosocomiales

2. Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale;

Axe : conservation des immeubles et qualité de l'air et des milieux

3. Concevoir un programme d'évaluation des services autres que cliniques dans une perspective de satisfaction de la clientèle, tels les services d'accueil, d'alimentation, de buanderie, d'entretien/salubrité des immeubles et d'entretien de l'infrastructure de l'immeuble;

Axe : système du sang

4. Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins et en adoptant dans 100 % des établissements des protocoles cliniques d'utilisation des produits sanguins;

Assurer la disponibilité de ressources humaines qualifiées

Axe : effectif médical

5. Assurer un niveau d'atteinte de 80 % des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille et en médecine spécialisée;

143. Ministère de la Santé et des Services sociaux, L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes de services et les programmes de soutien, 2004, p. 22.

6. Maintenir les admissions en médecine du contingent régulier à 716 pour 2005-2006 et pour 2006-2007;
7. Faciliter l'intégration à la pratique de la médecine aux Québécois détenteurs d'un diplôme d'une faculté de médecine située à l'extérieur du Canada et des États-Unis;

Axe : personnel du réseau et du ministère

8. Soutenir l'implantation de 75 infirmières praticiennes de première ligne ou spécialisées;
9. Identifier les problématiques de main-d'œuvre, selon les secteurs d'activité, à l'échelle locale, régionale et nationale :
 - identification, par tous les établissements, des secteurs en pénurie de main-d'œuvre et des secteurs vulnérables;
10. Améliorer la gestion de la présence au travail;
11. Négocier des conventions collectives qui tiennent compte des particularités de l'établissement selon les orientations ministérielles en matière de négociations locales;

Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles et la circulation de l'information clinique en soutien à l'intégration des services.

Axe : plan d'informatisation

12. Assurer la gouvernance des ressources informationnelles du ministère et de son réseau :
 - en assurant l'évolution annuelle de l'architecture globale du plan d'informatisation;
 - en élaborant et en diffusant les normes et les standards qui soutiennent les orientations architecturales du plan d'informatisation;
 - en assurant la réalisation annuelle, par 100 % des agences, de plans régionaux d'informatisation arrimés avec l'architecture globale du plan d'informatisation.
13. Implanter les systèmes d'information et les infrastructures technologiques ministérielles, provinciales et régionales en soutien à l'intégration des services et à la circulation de l'information clinique;
14. Informer la population sur les moyens mis œuvre pour assurer l'accessibilité, la qualité et la sécurité dans la circulation de l'information clinique;
15. Réaliser et mettre en œuvre des cadres de gestion conduisant à la certification des applications et à l'utilisation de normes et de standards favorisant l'interopérabilité, la réutilisation, la concertation et l'intégration des systèmes d'information et des infrastructures technologiques;

Soutenir l'organisation des activités universitaires dans le secteur de la santé.

Axe : plan de pratique

16. Poursuivre l'instauration des plans de pratique pour les médecins spécialistes œuvrant en milieu universitaire;

La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux.

17. Assurer une gestion des ressources financières qui respecte le cadre budgétaire du gouvernement et qui est équitable pour toutes les régions du Québec;

Axe : équilibre budgétaire

18. Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux;

Axe : allocation des ressources

19. Réduire d'au moins 50 % les écarts estimés de financement entre les régions par le mode d'allocation des ressources, basé sur une approche populationnelle, en s'assurant d'une réduction à chacune des années. »¹⁴⁴

**Objectifs de la région
de la
Chaudière-Appalaches**

La région met en place les actions nécessaires à la réalisation des objectifs ministériels pour ce programme. Toutefois, des objectifs spécifiques à la région sont identifiés, savoir :

Axe : prévention des infections nosocomiales

43. Soutenir les actions ministérielles visant la prévention et le contrôle des infections nosocomiales;

Axe : ressources humaines

44. Assurer la disponibilité de la main-d'œuvre requise;
45. Contribuer à la mobilisation et à la motivation des employés;
46. Maintenir et développer les compétences du personnel;
47. Combler les besoins reconnus par les plans régionaux d'effectifs médicaux;

Axe : ressources informationnelles

48. Élaborer et mettre en œuvre le plan régional d'informatisation du réseau arrimé avec l'architecture globale du plan d'informatisation ministériel;
49. Implanter les systèmes d'information et les infrastructures technologiques régionales en soutien à l'intégration des services et à la circulation de l'information clinique;

Axe : ressources financières

50. Procéder à une allocation équitable des ressources régionales;

144. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, p. 34-41.

LES ACTIONS

Axe : prévention des infections nosocomiales

43. Soutenir les actions ministérielles visant la prévention et le contrôle des infections nosocomiales¹⁴⁵

- ❑ Au niveau régional, appliquer les mesures prévues au Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales¹⁴⁶ et au cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec¹⁴⁷ et en particulier :
 - mettre en place et assurer le fonctionnement de tables régionales de prévention des infections nosocomiales en vue de soutenir les activités de prévention, de surveillance et de contrôle des infections nosocomiales, notamment en ce qui concerne l'harmonisation des pratiques, le partage d'outils et de meilleures pratiques, la formation et le soutien aux établissements;
 - s'assurer de la mise en place dans les établissements concernés d'un comité fonctionnel et d'un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales;
 - s'assurer de l'application des lignes directrices en hygiène et salubrité dans chacun des établissements concernés¹⁴⁸;
 - s'assurer de l'uniformisation des pratiques de retraitement des dispositifs médicaux (stérilisation) afin de prévenir les infections nosocomiales ainsi que de l'application des normes cliniques et des exigences dans ce domaine qui seront éventuellement publiées par le MSSS;
 - s'assurer de la nomination d'infirmières en prévention et contrôle des infections en centres hospitaliers (1/100 lit de soins de courte durée au permis) et en centres d'hébergements et de soins de longue durée (1/250 lit de soins de longue durée au permis);
 - mettre en place le tableau de bord de suivi fourni par le MSSS pour s'assurer de l'actualisation du programme de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales dans le réseau, analyser les résultats et, le cas échéant, transmettre des recommandations aux instances concernées.

Résultats attendus et indicateur :

- ❑ En 2010, chaque établissement concerné aura atteint les cibles ministérielles relatives au « pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETP) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales », au « pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel », au « pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales », au « pourcentage des établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité » ;
 - 1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETP) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales/nombre cible.

145. Voir aussi la section sur les maladies infectieuses dans le programme-services Santé publique.

146. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales*, 2006, 56 p.

147. Ministère de la Santé et des Services sociaux, les infections nosocomiales, *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*, 2006, 109 p.

148. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Lignes directrices en hygiène et salubrité, analyse et concertation*, Mai 2006, 54 p.

- Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel/nombre cible;
- Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales/nombre cible;
- pourcentage des établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité/nombre cible.

Axe : ressources humaines

44. Assurer la disponibilité de la main-d'œuvre requise

- ❑ Compléter et maintenir à jour les plans régionaux et locaux de main-d'œuvre, par regroupement de titres d'emplois, en accordant une priorité aux emplois relatifs à la première ligne, aux soins infirmiers et à la réadaptation;
- ❑ Analyser l'impact en besoin de main-d'œuvre lors de projet de développement de services ou de modification de services existants;
- ❑ Élaborer et mettre en œuvre un plan régional de promotion des professions de la santé avec les partenaires intersectoriels;
- ❑ Augmenter l'accessibilité aux lieux de stages dans le réseau de la santé et des services sociaux, en particulier pour les catégories d'emplois professionnels détenant un diplôme universitaire autre que les soins infirmiers, les stages étant déjà organisés adéquatement pour ces derniers;
- ❑ Poursuivre la démarche régionale concernant la relève des cadres :
 - Soutenir les établissements locaux pour la mise en œuvre du cadre de gestion;
 - Adapter, au besoin, le plan de formation en fonction des besoins identifiés.
- ❑ Assurer aux cadres de la région susceptibles de devenir cadres supérieurs, l'accès à une formation adaptée à leurs besoins.

45. Contribuer à la mobilisation et à la motivation des employés

- ❑ Soutenir la mise en place de projets innovateurs concernant :
 - le développement personnel et professionnel des employés;
 - l'adaptation de l'organisation du travail aux nouvelles réalités sociales, professionnelles et technologiques et aux défis qui en découlent.

46. Maintenir et développer les compétences du personnel

- ❑ Soutenir le développement de nouveaux modèles d'exercices professionnels permettant l'utilisation optimale des compétences et des expertises de chacune des disciplines professionnelles et des autres intervenants, et ce, dans toute la mesure permise par le code des professions et les règlements pris en vertu de ce dernier.
- ❑ Soutenir le développement de nouvelles modalités de prestation de travail qui intègrent les nouvelles technologies en vue d'une utilisation optimale de l'expertise et du temps des intervenants dans la prestation de services, et ce, en tenant compte des impacts sur la qualité;
- ❑ Favoriser chez le personnel le transfert intergénérationnel des connaissances et des expériences.

Résultats attendus et indicateur :

- ❑ En 2010, chaque établissement aura atteint les cibles ministérielles concernant le ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées, le pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier et le pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier :
- ❑ ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées/ratio cible;
- ❑ pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier/pourcentage cible;
- ❑ pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier/pourcentage cible.

47. Comblar les besoins reconnus par les plans régionaux d'effectifs médicaux

- ❑ Mettre en place avec les établissements et les médecins des stratégies et des actions permettant de recruter des médecins et de favoriser leur rétention dans la région.

Axe : ressources informationnelles

48. Élaborer et mettre en œuvre le plan régional d'informatisation du réseau arrimé avec l'architecture globale du plan d'informatisation ministériel

- ❑ Actualiser les projets prévus au plan régional :
 - Les projets liés à l'infrastructure nationale d'échanges :
 - Finalisation du projet d'index et de mise à niveau des ADT;
 - Optimisation des serveurs Lotus Notes;
 - Modernisation du RTSS;
 - Les projets liés à la vision d'ensemble :
 - Bureau de projets;
 - Cadre global de sécurité.
- ❑ Compléter le plan directeur de sécurité des actifs informationnels;
 - S'assurer que tous les établissements ont adopté une politique de sécurité des actifs informationnels;
 - S'assurer que 100 % du personnel a reçu la formation par le biais de l'outil provincial de formation disponible sur le site WEB;
 - Soutenir dans les établissements la mise en place des 15 mesures jugées prioritaires et des autres mesures qui y sont associées;
 - S'assurer que tous les établissements ont procédé à la catégorisation de leurs actifs (disponibilité, intégrité, confidentialité);
 - S'assurer que tous les établissements ont procédé à l'analyse des risques;
 - Effectuer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan notamment par des audits en matière de sécurité.

49. Implanter les systèmes d'information et les infrastructures technologiques régionales en soutien à l'intégration des services et à la circulation de l'information clinique

- ❑ Soutenir la réalisation des plans d'informatisation locaux;
- ❑ Planifier la réalisation des projets liés à la mise en œuvre des projets cliniques des CSSS et des projets en préparation au MSSS, soit :
 - le déploiement du dossier de santé du Québec (DSQ);

- le déploiement des outils informatisés soutenant la mise en place des réseaux de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA);
- le projet d'informatisation des cliniques médicales et des GMF;
- le projet de mise en commun de données entre les CSSS et les établissements régionaux.
- S'assurer que tous les établissements ont mis en place des outils diversifiés permettant d'informer la population :
 - Plan de communication;
 - Développement de sites WEB;
 - Mise en place d'une structure de participation de la population.
- Développer un infocentre régional :
 - Collaborer aux travaux réalisés par le MSSS avec les agences en vue d'accéder aux données nécessaires à ces dernières dans l'exercice de leurs mandats;
 - Élaborer le concept de l'Infocentre régional et le plan de réalisation;
 - À court terme, doter l'Infocentre des outils de base suivants :
 - Un système informatisé de suivi des indicateurs des ententes de gestion;
 - La cartographie des données populationnelles générales de la région;
 - L'intégration par programmes-services des indicateurs servant à l'évaluation de la performance globale du réseau régional en vue de soutenir l'amélioration continue de son fonctionnement.
- S'assurer que les mécanismes de protection des renseignements personnels sont mis en place et fonctionnels dans les systèmes d'information et les infrastructures technologiques régionales.

Axe : ressources financières

50. Procéder à une allocation équitable des ressources régionales

- Conformément au mode ministériel d'allocation des ressources basé sur la population, ses caractéristiques et ses besoins, selon le principe d'équité entre les régions, élaborer un mode d'allocation des ressources régionales sur les mêmes bases et principe entre les programmes-services, les territoires et les établissements;
- Allouer les ressources conformément aux orientations ministérielles pour les programmes-services et les programmes-soutien, en :
 - priorisant les secteurs de l'offre de service qui présentent le plus d'écarts entre les objectifs visés et le financement réel;
 - assurant aux établissements avec mission régionale de la région de la Chaudière-Appalaches un financement équitable qui tient compte du rôle qui leur est dévolu et de leur contribution à l'offre régionale de services.
- S'assurer que les établissements respectent l'enveloppe budgétaire qui leur est consentie;
- Consolider le financement de base des organismes communautaires en tenant compte de leur mission spécifique et des clientèles qu'ils desservent et :
 - réviser le cadre de référence portant sur les relations et les interactions entre l'Agence et le réseau avec les organismes communautaires de la région et mettre en œuvre les nouvelles dispositions, le cas échéant.

4.11 Programme-soutien : Gestion des bâtiments et des équipements

« Ce programme englobe, plus précisément, les activités qui touchent de près l'univers physique de l'établissement. Il concerne le fonctionnement des installations, leur entretien et leur réparation, le ménage, la gestion des déchets biomédicaux et la sécurité¹⁴⁹. »

Objectifs ministériels Les objectifs ministériels sont tirés du Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux publié en 2005. Il énonce les orientations et objectifs reliés à ce programme-services, savoir :

« Améliorer la qualité et assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.

Axe : conservation des immeubles et qualité de l'air et des milieux

1. Maintenir une bonne qualité de l'air intérieur en procédant, dans 100 % des établissements :
 - à la mise en place d'un programme d'entretien préventif des systèmes de chauffage, ventilation et conditionnement d'air, d'un programme de surveillance des contaminants et d'un programme de formation du personnel (utilisateurs de produits de matières dangereuses);
2. S'assurer que 100 % des établissements mettent en place un plan de conservation et de fonctionnalités immobilières¹⁵⁰. »

Objectifs de la région de la Chaudière-Appalaches La région met en place les actions nécessaires à la réalisation des objectifs ministériels pour ce programme. Toutefois, des objectifs spécifiques à la région sont identifiés, savoir :

51. Doter la région d'outils de planification et de gestion des bâtiments et équipements;
52. Soutenir la réalisation des travaux de réaménagement et de construction découlant de plans d'action et de modifications à l'organisation des services;

LES ACTIONS

51. Doter la région d'outils de planification et de gestion des bâtiments et équipements

- ❑ Déterminer les paramètres d'analyse régionale et de priorisation des plans directeurs immobiliers locaux en prenant en compte les orientations et les objectifs cliniques et d'organisation de services locaux et régionaux;
- ❑ Élaborer et mettre en œuvre un plan directeur régional des équipements médicaux spécialisés (EMS) comportant notamment :
 - un inventaire des équipements médicaux spécialisés de plus de 100 000 \$;

149. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes de services et les programmes de soutien*, 2004, p. 22.

150. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, p. 35.

- un inventaire des ensembles diagnostiques ayant un impact clinique important, par exemple un système de monitoring;
- la planification de la mise à niveau des systèmes de communication et d'archivage en imagerie (Picture Archiving and Communicating System (PACS));
- la planification du développement des EMS découlant des orientations régionales et du RUIS Laval.
- Élaborer et mettre en œuvre un plan de conservation et de maintien des actifs concernant les équipements du réseau régional autres que les EMS;
- Élaborer des orientations régionales sur des mesures de relèvement en cas d'engorgement ou de débordement des espaces habituels en :
 - déterminant des espaces de relèvement qui assureraient, pour chacun des établissements, le maintien des activités essentielles;
 - identifiant des moyens alternatifs comme des soins et des services dispensés en mode ambulatoire ou avec des moyens électroniques.

52. Soutenir la réalisation des travaux de réaménagement et de construction découlant de plans d'action et de modifications à l'organisation des services

- Actualiser avec les établissements concernés le plan de rénovation immobilière accepté par le MSSS pour les CHSLD de la région.

Résultat attendu et indicateur :

En 2010, chaque établissement aura atteint la cible ministérielle relative à la « consommation en gigajoules par mètre carré »;

2.2.1 Consommation en gigajoules par mètre carré/consommation cible par mètre carré.

4.12 Plan d'action : Pandémie d'influenza

« Une pandémie d'influenza constitue un événement d'ampleur mondiale nécessitant des préparatifs importants. Une pandémie d'influenza peut provoquer des bouleversements considérables sur les individus et le fonctionnement de la société : mortalité, morbidité, impacts psychosociaux, sans compter les répercussions dans les milieux économiques et financiers.

L'épisode du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ou encore les catastrophes naturelles récentes en Asie et à la Nouvelle-Orléans témoignent de la nécessité de pouvoir compter sur des plans de mesures d'urgence intégrés et utilisables en temps opportun. Ces crises mettent aussi en relief les liens internationaux, ce qui signifie concrètement que dès qu'une pandémie d'influenza sera déclarée, tous les pays y seront confrontés.

L'ensemble des groupes d'acteurs citoyens, aidants naturels, intervenants et décideurs clés, les élus locaux et députés, doivent s'impliquer activement dans le processus de préparation. Pour la première fois dans l'histoire, les systèmes scientifiques de veille permettent de voir venir la prochaine pandémie d'influenza. Il importe donc d'agir ensemble pour mieux se préparer.

Le Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé (PQLPI-MIS) vise à décrire la problématique d'une pandémie d'influenza et ses impacts potentiels sur le réseau de la santé et des services sociaux et la société. Il dresse les grandes avenues de la planification de la mission santé, établit les principes de base des interventions, soumet une vingtaine de stratégies et une série d'activités au plan provincial.

Chaque agence régionale de la santé et des services sociaux produira à son tour un Plan régional contre une pandémie d'influenza (PRPI). Les établissements produiront enfin leur plan spécifique en accord avec leur mission. Tous ces plans de lutte à la pandémie d'influenza viendront compléter les plans de mesures d'urgence en santé et services sociaux, à chaque niveau (provincial, régional et local) en plus de s'arrimer aux plans d'urgence plus globaux qui couvrent d'autres missions de l'État, la plupart inscrits au Plan national de sécurité civile (PNSC)¹⁵¹. »

Objectifs ministériels Les objectifs ministériels sont tirés du Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux publié en 2005. Il énonce les orientations et objectifs reliés à la protection de la santé de la population, savoir :

« Améliorer la santé et le bien-être de la population par une action efficace en promotion, en prévention et en protection.

Axe : protection

1. Gérer les risques et les menaces pour la santé de la population.
2. Élaborer et mettre en place un plan d'intervention en cas de pandémie¹⁵². »

151. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – mission santé*, 2006, p. 13.

152. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, p. 21.

**Objectifs de la région
de la
Chaudière-Appalaches**

Conformément au plan ministériel, l'Agence a élaboré son plan régional de lutte à une pandémie d'influenza, mission santé.

« Le plan régional vise plus spécifiquement :

- à saisir la nature concertée du haut vers le bas modèle « top-down » de la réponse de l'ensemble des composantes du réseau de la santé et des services sociaux;
- à favoriser la collaboration et la création d'ententes entre le réseau de la santé et des services sociaux (réseau SSS) et ses partenaires;
- à visualiser les grandes activités réparties dans chaque volet de réponse et les liens entre elles;
- à connaître pour chacune de ces activités, le partage de responsabilités d'exécution entre les différents acteurs du réseau sociosanitaire et ses partenaires. »¹⁵³

Les cinq objectifs sont :

- 53. Protéger la santé de la population (santé publique);
- 54. Soigner les personnes (santé physique);
- 55. Assurer le bien-être psychosocial des personnes (services psychosociaux);
- 56. Maintenir le fonctionnement du réseau (maintien des services);
- 57. Offrir une information claire, valide et mobilisatrice (communication).

LES ACTIONS**53. Protéger la santé de la population (santé publique)¹⁵⁴**

- Dans le contexte d'une pandémie d'influenza, les autorités de santé publique ont à mettre en place, avec la collaboration du réseau, des cliniques de vaccination de masse, la prophylaxie antivirale, les enquêtes épidémiologiques, etc. En période de pandémie, ces interventions se caractérisent par le fait de rejoindre un grand nombre de personnes dans un bref délai. Les catégories de mesures ont trait aux aspects suivants :
 - la surveillance, l'alerte et la vigie;
 - la prévention des infections;
 - les antiviraux en prophylaxie;
 - la planification et la coordination du programme de vaccination;
 - les mesures de santé publique (gestion des cas et contacts);
 - la communication (outils d'information).

153. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, *Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza – mission santé*, 2006, p. 13.

154. Voir aussi la section sur les maladies infectieuses dans le programme-service Santé publique.

54. Soigner les personnes (santé physique)

- ❑ S'assurer de la disponibilité du guide d'auto des soins publié par le MSSS pour la population de la région;
- ❑ Mobiliser l'ensemble des partenaires tels que les organismes à but non lucratif, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les bénévoles en vue de contribuer aux services à domicile;
- ❑ Organiser l'accès à des services Info-Santé/Social;
- ❑ Adapter le fonctionnement des services préhospitaliers d'urgence (SPU) à une situation de pandémie;
- ❑ Assurer la prestation de services et les priorités de soins pendant la période de pandémie;
- ❑ Mettre en place les mécanismes en vue d'une utilisation adéquate, selon les circonstances, des traitements aux antiviraux;
- ❑ Après avoir utilisé au maximum les capacités du réseau de répondre aux besoins en cas de pandémie, prévoir la mise en place de sites non traditionnels (SNT) de soins qui seront utilisés sur la décision conjointe du MSSS et de l'Agence;
- ❑ S'assurer que les entreprises funéraires de la région développent un plan de continuité de leurs activités approprié en contexte régional de la pandémie quant à la disposition des dépouilles.

55. Assurer le bien-être psychosocial des personnes (services psychosociaux)

- ❑ Coordonner les services psychosociaux aux niveaux régional et local, en vue d'offrir les services et d'informer le MSSS des phénomènes terrain pour le guider dans sa coordination générale;
- ❑ Repérer les personnes affectées, dans le réseau et dans la population;
- ❑ Et en fin de pandémie, soutenir les personnes les plus vulnérables et les organismes communautaires susceptibles de leur venir en aide;
- ❑ Assurer la supervision clinique des intervenants psychosociaux par des personnes reconnues pour leur champ d'expertise dans les interventions psychosociales d'urgence;
- ❑ Assurer le rôle-conseil et l'information auprès de la population de la région et des partenaires en continuité avec les outils et stratégies planifiées par le MSSS.

56. Maintenir le fonctionnement du réseau (maintien des services)

- ❑ Assurer la gestion du mouvement de la main-d'œuvre et à cette fin :
 - estimer les besoins de main-d'œuvre afin d'assurer une gestion optimale des ressources humaines à chacune des étapes des périodes de la pandémie d'influenza (interpandémique, d'alerte pandémique, pandémie et postpandémique);
 - à l'étape de la préparation, par des mécanismes de recensement du personnel réseau et alternatif, des bénévoles réseaux et des parents des usagers, s'assurer de la disponibilité de la main-d'œuvre pour le fonctionnement des services et des systèmes essentiels, à la continuité des missions des établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
 - prévoir, dès le départ, une stratégie de mobilisation graduelle n'exposant pas au risque de la contamination toutes les ressources humaines pour chaque période de la pandémie d'influenza.
- ❑ Favoriser la contribution des organismes communautaires tout en leur permettant de maintenir leurs services essentiels auprès des clientèles vulnérables de ces organismes;

- ❑ S'assurer du maintien et du développement des compétences des personnes appelées à intervenir en contexte de pandémie;
- ❑ S'assurer de la gestion de l'approvisionnement en médicaments, fournitures et équipements (ressources matérielles);
- ❑ S'assurer de la disponibilité de ressources informationnelles fiables dans les domaines de l'accès au réseau de télécommunication des services de santé (RTSS), de l'implantation des outils de support aux opérations et de l'implantation d'outils d'aide à la prise de décision;
- ❑ Identifier les impacts financiers de la phase de préparation et de la phase pandémie.

57. Offrir une information claire, valide et mobilisatrice (communication)

- ❑ Adapter régionalement et localement les mécanismes de coordination prévus au Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza (PQLPI), en respectant les lignes de commandement et les responsabilités relatives aux missions;
- ❑ Maintenir fonctionnelles les activités de communication essentielles du réseau régional de la santé et des services sociaux, dont celles requises aux échelons régional et local du PQLP;
- ❑ Offrir une information accessible, régulière et cohérente aux échelons régional et local, en lien avec les stratégies et les activités de communication prévues à l'échelon national, et ce, auprès de tous les publics cibles internes et externes, en utilisant l'ensemble des moyens disponibles en fonction des spécificités du territoire et des clientèles.

5. LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Le plan stratégique pluriannuel (le plan) constitue un outil de travail privilégié pour le conseil d'administration de l'Agence. La LSSSS lui confie en effet deux importantes fonctions à ce chapitre soit « 1° d'identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard; » et « 2° de répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition, en tenant compte des mêmes particularités que celles visées au paragraphe 1¹⁵⁵ ».

Le conseil d'administration de l'Agence entend s'impliquer dans les exercices stratégiques découlant de ces deux fonctions. Ainsi, ses décisions viseront à favoriser la mise en œuvre du plan et il en assurera le suivi à partir de différentes sources d'information en vue de rendre compte des résultats au regard de ses responsabilités. Les mécanismes prévus ci-après viennent soutenir cette volonté.

5.1 Les mécanismes de coordination régionale

Pour statuer sur les mécanismes de coordination régionale à créer pour la mise en œuvre du plan stratégique pluriannuel, il convient d'abord de revoir le rôle de l'Agence à cet égard. La LSSSS en traite comme suit dans les extraits d'articles ci-après :

« 340. L'agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région...

À cette fin, l'agence a pour objet :

...

2° de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;

3° d'élaborer le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 et d'en assurer le suivi;

...

5.1° d'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du ministre, la coordination interrégionale;

...

7.5° de s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels; »

« 346.1. En conformité avec les orientations ministérielles et dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles, l'agence est responsable d'élaborer un plan stratégique pluriannuel identifiant, pour le territoire de sa région, les éléments suivants :

...

4° les mécanismes de coordination régionale et de mobilisation des partenaires à la mise en œuvre de ce plan stratégique. »

155. a. 405, 1° et 2° par.

Ainsi, une partie importante des objets spécifiques de l'Agence consiste à coordonner et à soutenir les établissements pour la mise en place, le développement, la gestion et l'organisation des services dans la région. Depuis la création des CSSS en 2004, l'Agence a exercé cette coordination notamment en s'impliquant étroitement avec les établissements pour définir les balises régionales dans chacun des programmes-services. Ces balises ont constitué un apport important pour les établissements dans leur exercice d'élaboration des projets cliniques dans le cas des CSSS, et des offres de service dans le cas des établissements spécialisés régionaux.

Ce plan stratégique pluriannuel permet de franchir une nouvelle étape puisqu'il détermine les enjeux, les orientations et les objectifs tactiques pour l'ensemble de la région avec un échéancier de réalisation, le tout conformément aux orientations ministérielles. En quelque sorte, le plan stratégique est à l'Agence ce que sont les projets cliniques et les offres de services spécialisés respectivement pour les CSSS et les établissements régionaux.

Ce contexte nécessite une évolution des modalités d'exercice de certains rôles de l'Agence envers les établissements afin de permettre à ces derniers de mieux assumer les rôles qui leur sont propres. L'exercice de ces rôles implique de nombreuses interactions entre l'Agence et les établissements ainsi qu'entre les établissements eux-mêmes. Comme ces interactions sont nombreuses et requièrent du temps, la gestion des moments de rencontre doit être rigoureuse et optimale. C'est pourquoi l'Agence entend assumer ses rôles de coordination et de soutien des établissements en répondant à leurs besoins essentiels de la façon la plus efficace et efficiente possible.

Ces besoins visent d'abord la communication de l'information stratégique et administrative destinée aux établissements, en précisant les règles et modalités d'application régionales des orientations ministérielles et en s'assurant de leur respect. Ils visent aussi la coordination des actions de chacun et le suivi de la mise en œuvre et du fonctionnement des éléments du plan stratégique pour chacun des programmes-services et des programmes-soutien. En troisième lieu, les comités ont des questions à discuter entre eux puisqu'ils ont à intervenir conjointement pour des usagers ou pour résoudre des problématiques. Enfin, les établissements ont besoin d'interagir collectivement entre eux pour partager leurs expériences ou pour harmoniser leurs actions dans divers domaines.

L'Agence répond aux trois premiers types de besoins par des comités régionaux; elle entend par ailleurs laisser les établissements organiser eux-mêmes les interactions entre eux, à moins que, dans certaines circonstances, son intervention de soutien et de coordination ne soit requise.

5.1.1 Le président-directeur général (P.-D.G.) de l'Agence et le comité de gestion du réseau régional (CGRR)

La mise en œuvre du plan stratégique pluriannuel est d'abord coordonnée par le P.-D.G. de l'Agence et le CGRR, ce dernier réunissant les directrices et directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de la région¹⁵⁶. À cette fin, ils exercent les fonctions suivantes :

- Mobiliser les partenaires du réseau, selon leur fonction respective, aux niveaux local et régional;

¹⁵⁶. Agence de développement de réseaux locaux de santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, *Plan d'organisation*, 2005, p. 32.

- Déterminer les facteurs de succès de la mise en œuvre du plan et les mesures à mettre en place pour en assurer la réalisation;
- Déterminer les obstacles à la mise en œuvre du plan, évaluer les risques qui en découlent et les mesures à mettre en place pour surmonter ces obstacles ainsi que, le cas échéant, pallier ces risques;
- Effectuer le bilan semestriel de la réalisation du plan, déterminer les correctifs à apporter aux stratégies de mise en œuvre et ajuster au besoin les calendriers de réalisation.

Leurs fonctions de coordination portent sur les aspects du plan à portée régionale.

5.1.2 Les comités clinico-administratifs

Le P.-D.G. et le CGRR sont assistés dans leurs fonctions de comités clinico-administratifs (les comités) qui œuvrent comme de véritables comités de chantier au niveau régional pour rendre opérationnelles les actions prévues au plan.

□ Fonctions

Sous l'autorité du P.-D.G. et du CGRR, les comités ont pour fonctions de :

- déterminer les facteurs de succès de la mise en œuvre opérationnelle du plan et les mesures à mettre en place pour en assurer la réalisation;
- déterminer les obstacles à la mise en œuvre opérationnelle du plan, proposer une évaluation des risques qui en découlent et les mesures à mettre en place pour surmonter ces obstacles ainsi que, le cas échéant, pallier ces risques;
- soumettre au P.-D.G. et au CGRR les questions qui nécessitent des orientations, l'attribution de ressources ou des précisions quant aux objectifs et aux résultats escomptés;
- à la demande du P.-D.G. et du CGRR, traiter de toute question qui leur est soumise en vue de formuler des propositions, de documenter une problématique liée à la mise en œuvre d'un aspect du plan, de déterminer des solutions aux problèmes soumis ou de les appliquer;
- fournir au P.-D.G. et au CGRR les informations pertinentes leur permettant d'effectuer le bilan semestriel de la réalisation du plan, de déterminer les correctifs à apporter aux stratégies de mise en œuvre et d'ajuster au besoin les calendriers de réalisation.

Leurs fonctions de coordination opérationnelle portent sur les aspects du plan à portée régionale. Elles ne visent pas ce qui relève de la responsabilité des établissements eux-mêmes.

L'Agence assume le soutien logistique et administratif des comités et compose leur ordre du jour après les avoir consultés ainsi que le P.-D.G. et le CGRR. Cet ordre du jour est basé sur les sujets à portée régionale.

□ Structure et composition

Ces comités sont au nombre de neuf pour les programmes-services, soit un chacun et de quatre pour les programmes-soutien, soit un pour chaque type de ressources concernées : les ressources humaines, les ressources financières, les ressources informationnelles et les ressources immobilières.

Les comités sont composés des directrices et directeurs assumant dans les établissements concernés la gestion du programme-services ou d'un secteur du programme-soutien visé et qui détient un pouvoir décisionnel sur les opérations. Cette personne peut, selon l'ordre du jour, être assistée d'une personne possédant une expertise reliée à la discussion. Chaque comité peut aussi inviter, selon l'ordre du jour, des représentants de partenaires.

❑ Les interactions entre les comités

La finalité des travaux des comités consiste à assurer une réponse adéquate aux besoins des personnes par l'organisation appropriée des services dans chacun des programmes-services avec l'apport des programmes-soutien. Souvent, une même personne a besoin de services de plusieurs programmes-services. Comme il s'agit d'une approche de réponse à des besoins diversifiés et non d'une approche clientèle, le développement des interactions entre les comités de programmes-services s'avère essentiel.

L'Agence favorise au besoin ces interactions sur la base de la plus grande complémentarité des besoins généralement observée chez les groupes de personnes concernés. Comme nous l'avons déjà expliqué dans l'introduction du chapitre 4, la performance d'un programme-services est généralement tributaire de plusieurs autres programmes-services.

Les regroupements illustrés au tableau VI sont basés sur l'importance des interactions entre les programmes-services concernés. Il faut aussi considérer des interactions plus ponctuelles et moins fréquentes avec les autres programmes-services.

TABLEAU VI			
Les principales interactions entre les programmes-services et les programmes-soutien ⁱ			
1	2	3	4
Santé publique			
Services généraux			
Santé publique	Santé physique	Déficiences physiques	Jeunes en difficulté
Services généraux	Perte d'autonomie liée au vieillissement	Déficiences intellectuelles et troubles envahissants du développement	Santé mentale
		Santé mentale	Dépendances
Administration et soutien aux services			
Gestion des bâtiments et équipements			

Lignes = interactions transversales

Colonnes = interactions multilatérales

5.2 La mobilisation des partenaires

5.2.1 Les ententes de services

La LSSSS veut responsabiliser tous les intervenants du réseau local de services de santé et de services sociaux pour assurer de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés. (a. 99.3)

Pour coordonner les services requis par la population de ce territoire, le CSSS doit « instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires que sont, notamment, les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées ». (a. 99.7)

De même, les autres établissements doivent « contribuer significativement à la définition du projet clinique et organisationnel initié par une instance locale et préciser à l'agence concernée l'offre de services qu'il rend disponible au palier local, régional ou suprarégional. Un tel établissement doit également conclure avec l'instance locale, à l'intérieur des délais déterminés par l'agence, les ententes nécessaires pour permettre à cette instance d'assurer la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux. À défaut d'entente à l'intérieur des délais déterminés par l'agence, celle-ci précise la contribution attendue de chacun des établissements. » (a. 105.1)

Enfin, du côté de l'agence on trouve parmi les objets que lui confie la Loi ceux « de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements; » et « de permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 7.3°, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types; » (a. 340, par. 7.3 et 7.4)

Comme on le constate, les partenariats doivent être formalisés par des mécanismes officiels ou des ententes de services.

Les instances de coordination régionale du plan verront à favoriser des consensus sur les paramètres et les modèles des ententes de même que leur conclusion en conformité avec les orientations ministérielles et régionales.

5.2.2 Les collaborations

Outre les ententes et mécanismes formels, de nombreuses collaborations ont été établies entre le réseau de la santé et des services sociaux et de nombreux partenaires de provenance diverse en vue d'atteindre des objectifs relatifs à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région.

La mise en œuvre du plan doit compter sur ces collaborations et favoriser, au besoin, l'émergence de nouvelles collaborations, tant au niveau local que régional. Encore là, les instances de coordination régionale de la mise en œuvre du plan verront à formuler des consensus pour favoriser ces collaborations.

5.3 Les mécanismes de suivi

5.3.1 Le suivi administratif

Le volet régional

L'Agence effectue le suivi administratif de la mise en œuvre des aspects à portée régionale du plan à partir du bilan semestriel de réalisation élaboré par le P.-D.G. et le CGRR. Ce bilan est déposé pour information au conseil d'administration de l'Agence.

Le volet local

L'Agence effectue en outre le suivi administratif annuel de la mise en œuvre locale du plan à partir des informations qui lui sont acheminées par les établissements. Le document de suivi est déposé pour information au conseil d'administration de l'Agence.

5.3.2 L'information

La mise en œuvre d'un tel plan stratégique pluriannuel, engageant autant d'acteurs, repose sur la disponibilité d'une information de qualité, accessible facilement aux gestionnaires du niveau stratégique et pertinente aux objets de gestion. C'est pourquoi l'agence a aussi pour rôle « de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci; » (a. 340, par. 7.6)

L'Agence entend soutenir la prise de décision clinique, organisationnelle et de gestion, le suivi et l'évaluation au moyen du regroupement et de l'organisation d'une information pertinente, significative, fiable et de qualité. Ce soutien prend notamment la forme d'un infocentre régional graduellement mis en place au cours de la période couverte par le plan.

Les objectifs poursuivis par l'Infocentre sont de :

- soutenir l'identification des besoins de la population et de groupes de personnes ayant des profils de besoins particuliers;
- inventorier les ressources disponibles pour la réponse aux besoins;
- soutenir l'évaluation de la réponse aux besoins par les ressources qui y sont dédiées.

L'Infocentre est à développer un outil informatisé regroupant l'information populationnelle générale de la région par unité de territoire. D'autres données populationnelles pertinentes à chacun des programmes-services et programmes-soutien viendront compléter cette information.

En outre, on constituera un inventaire des ressources disponibles pour répondre aux besoins identifiés dans chacun des territoires. Structuré en programmes-services et en programmes-soutien, il comprendra les ressources publiques, communautaires et privées.

5.3.3 L'évaluation des résultats

Enfin, comme le prévoit la Loi, l'agence se doit « d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles

nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus; » (a. 340, par. 7.2)

Cette évaluation prend trois formes dans la région : les indicateurs de résultats servant à la reddition de comptes, l'évaluation de la performance et l'évaluation de services dans le contexte de projets particuliers.

L'Agence dispose d'un outil informatisé de suivi des résultats des indicateurs des ententes de gestion permettant d'en mesurer l'évolution et de les projeter. L'ensemble de cette information constitue une partie importante de la reddition de comptes régionale et nationale.

L'Agence et les établissements travaillent avec une équipe de chercheurs à mettre au point et réaliser une évaluation de la performance du réseau régional à partir d'indicateurs globaux et intégrés. Cette évaluation, de type formatif, permettra à l'Agence et aux établissements d'améliorer leurs décisions de gestion dans le contexte du plan.

L'Agence et les établissements continueront à mener conjointement des projets spécifiques d'évaluation de services. Pour la durée du plan, le P.-D.G. et le CGRR détermineront chaque année les projets d'évaluation prioritaires en lien avec le plan stratégique en considérant les enjeux, les orientations et les objectifs du plan, l'utilité du projet d'évaluation dans le processus décisionnel, la faisabilité par rapport aux ressources disponibles, les aspects méthodologiques ainsi que l'intérêt et la participation des acteurs directement concernés.

À partir de l'ensemble de l'information recueillie des diverses sources dont nous avons traité, le P.-D.G. réalise annuellement le bilan des résultats de la mise en œuvre du plan et le dépose pour information au conseil d'administration de l'Agence avec les commentaires du CGRR à propos de ce bilan.

ANNEXE 1

COMPLÉMENT DE DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

TABLEAU VII
Population de Chaudière-Appalaches et des régions du Québec, 2007

Régions sociosanitaires	nb	%	Rang
Montréal	1 909 203	25,0	1
Montréal	1 370 828	17,9	2
Capitale-Nationale	670 745	8,8	3
Laurentides	518 344	6,8	4
Mauricie et Centre-du-Québec	484 523	6,3	5
Lanaudière	421 923	5,5	6
Chaudière-Appalaches	395 668	5,2	7
Laval	370 956	4,9	8
Outaouais	348 116	4,6	9
Estrie	304 624	4,0	10
Saguenay-Lac-Saint-Jean	273 209	3,6	11
Bas-saint-Laurent	199 697	2,6	12
Abitibi-Témiscamingue	142 290	1,9	13
Côte-Nord	94 206	1,2	14
Gaspésie-Îles-de-la-Madelaine	93 851	1,2	15
Nord-du-Québec	14 645	0,2	16
Terres-Cries-de-la-Baie-James	14 254	0,2	17
Nunavik	10 615	0,1	18
Ensemble du Québec	7 637 697	100,0	-

Source : MSSS, Projections de population, produites en janvier 2005
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE (SRE), 2008

TABLEAU VIII
Population de Chaudière-Appalaches et du Québec selon le sexe et l'âge, 2007

			0-17 ans	18-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	18-64 ans
Chaudière-Appalaches	Femmes	nb	38 133	17 068	50 032	59 493	126 593
		%	19,3	8,7	25,4	30,2	64,2
	Hommes	nb	39 972	18 494	54 771	60 428	133 693
		%	20,1	9,3	27,6	30,4	67,3
	Total	nb	78 105	35 562	104 803	119 921	260 286
		%	19,7	9,0	26,5	30,3	65,8
Ensemble du Québec	Femmes	nb	739 580	321 936	1 046 012	1 125 357	2 493 305
		%	19,1	8,3	27,1	29,1	64,5
	Hommes	nb	775 909	338 340	1 092 793	1 099 891	2 531 024
		%	20,6	9,0	29,0	29,2	67,1
	Total	nb	1 515 489	660 276	2 138 805	2 225 248	5 024 329
		%	19,8	8,6	28,0	29,1	65,8

Population de Chaudière-Appalaches et du Québec selon le sexe et l'âge, 2007 (suite)

			65-74 ans	75 ans ou +	65 ans ou +	Total
Chaudière-Appalaches	Femmes	nb	15 962	16 442	32 404	197 130
		%	8,1	8,3	16,4	100,0
	Hommes	nb	14 726	10 147	24 873	198 538
		%	7,4	5,1	12,5	100,0
	Total	nb	30 688	26 589	57 277	395 668
		%	7,8	6,7	14,5	100,0
Ensemble du Québec	Femmes	nb	316 773	316 322	633 095	3 865 980
		%	8,2	8,2	16,4	100,0
	Hommes	nb	276 028	188 756	464 784	3 771 717
		%	7,3	5,0	12,3	100,0
	Total	nb	592 801	505 078	1 097 879	7 637 697
		%	7,8	6,6	14,4	100,0

Source : MSSS, Projections de population, produites en janvier 2005
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE (SRE), 2008

TABLEAU IX
Population des territoires de Chaudière-Appalaches et le Québec
selon l'âge, 2007

	0-17 ans		18-24 ans		25-44 ans		45-64 ans		18-64 ans	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Montmagny-L'Islet	7 404	17,6	3 515	8,3	10 087	23,9	13 358	31,7	26 960	64,0
L'Islet	3 330	17,6	1 614	8,5	4 463	23,5	6 034	31,8	12 111	63,9
Montmagny	4 074	17,6	1 901	8,2	5 624	24,2	7 324	31,6	14 849	64,0
Grand Littoral	46 324	20,6	20 117	9,0	62 244	27,7	67 389	30,0	149 750	66,7
Bellechasse	6 597	19,3	3 022	8,9	8 466	24,8	10 323	30,2	21 811	63,9
Desjardins	8 984	17,8	4 363	8,6	13 472	26,7	15 867	31,4	33 702	66,7
Chutes-Chaudière	19 272	22,6	7 601	8,9	25 948	30,4	25 430	29,8	58 979	69,2
Lotbinière	5 665	20,6	2 515	9,1	6 943	25,2	8 264	30,0	17 722	64,4
Nouvelle-Beauce	5 806	21,4	2 616	9,6	7 415	27,3	7 505	27,7	17 536	64,6
Beauce	14 099	20,4	6 926	10,0	18 877	27,4	19 749	28,6	45 552	66,1
Robert-Cliche	3 870	20,2	1 881	9,8	4 915	25,6	5 565	29,0	12 361	64,4
Beauce-Sartigan	10 229	20,6	5 045	10,1	13 962	28,1	14 184	28,5	33 191	66,7
Etchemins	3 244	18,6	1 595	9,1	4 115	23,6	5 398	30,9	11 108	63,7
Région de Thetford	7 034	16,5	3 409	8,0	9 480	22,3	14 027	33,0	26 916	63,3
Chaudière-Appalaches	78 105	19,7	35 562	9,0	104 803	26,5	119 921	30,3	260 286	65,8
Ensemble du Québec	1 515 489	19,8	660 276	8,6	2 138 805	28,0	2 225 248	29,1	5 024 329	65,8

Population des territoires de Chaudière-Appalaches et le Québec
selon l'âge, 2007 (suite)

	65-74 ans		75 ans ou +		65 ans ou +		Total
	nb	%	nb	%	nb	%	nb
Montmagny-L'Islet	4 048	9,6	3 739	8,9	7 787	18,5	42 151
L'Islet	1 809	9,5	1 702	9,0	3 511	18,5	18 952
Montmagny	2 239	9,7	2 037	8,8	4 276	18,4	23 199
Grand Littoral	15 588	6,9	12 906	5,7	28 494	12,7	224 568
Bellechasse	2 974	8,7	2 760	8,1	5 734	16,8	34 142
Desjardins	4 103	8,1	3 738	7,4	7 841	15,5	50 527
Chutes-Chaudière	4 302	5,0	2 703	3,2	7 005	8,2	85 256
Lotbinière	2 254	8,2	1 861	6,8	4 115	15,0	27 502
Nouvelle-Beauce	1 955	7,2	1 844	6,8	3 799	14,0	27 141
Beauce	4 907	7,1	4 407	6,4	9 314	13,5	68 965
Robert-Cliche	1 518	7,9	1 448	7,5	2 966	15,5	19 197
Beauce-Sartigan	3 389	6,8	2 959	5,9	6 348	12,8	49 768
Etchemins	1 656	9,5	1 437	8,2	3 093	17,7	17 445
Région de Thetford	4 489	10,6	4 100	9,6	8 589	20,2	42 539
Chaudière-Appalaches	30 688	7,8	26 589	6,7	57 277	14,5	395 668
Ensemble du Québec	592 801	7,8	505 078	6,6	1 097 879	14,4	7 637 697

Source : MSSS, Projections de population, produites en janvier 2005

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE (SRE), 2008

TABLEAU X
Accroissement de la population selon les territoires de Chaudière-Appalaches et le Québec, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Accroissement 2007-2011
Montmagny-L'Islet	42 151	41 984	41 812	41 641	41 468	-1,6
L'Islet	18 952	18 865	18 775	18 687	18 598	-1,9
Montmagny	23 199	23 119	23 037	22 954	22 870	-1,4
Grand Littoral	224 568	225 412	226 214	226 970	227 676	1,4
Bellechasse	34 142	34 108	34 078	34 046	34 017	-0,4
Desjardins	50 527	50 746	50 957	51 161	51 354	1,6
Chutes-Chaudière	85 256	85 843	86 397	86 917	87 399	2,5
Lotbinière	27 502	27 489	27 474	27 458	27 443	-0,2
Nouvelle-Beauce	27 141	27 226	27 308	27 388	27 463	1,2
Beauce	68 965	69 130	69 290	69 439	69 575	0,9
Robert-Cliche	19 197	19 226	19 257	19 287	19 315	0,6
Beauce-Sartigan	49 768	49 904	50 033	50 152	50 260	1,0
Etchemins	17 445	17 384	17 323	17 263	17 206	-1,4
Région de Thetford	42 539	42 285	42 033	41 783	41 533	-2,4
Chaudière-Appalaches	395 668	396 195	396 672	397 096	397 458	0,5
Ensemble du Québec	7 637 697	7 671 382	7 704 111	7 735 892	7 766 714	1,7

Source : MSSS, Projections de population, produites en janvier 2005

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE (SRE), 2008

TABLEAU XI
Accroissement de la population selon l'âge pour Chaudière-Appalaches et le Québec, 2007-2011

		0-17 ans		18-64 ans		65 ans ou +		Total
		nb	%	nb	%	nb	%	
Chaudière-Appalaches	2007	78 105	19,7	260 286	65,8	57 277	14,5	395 668
	2011	72 926	18,3	259 174	65,2	65 358	16,4	397 458
	Variation (%) 2007-2011	-6,6		-0,4		14,1		0,5
Ensemble du Québec	2007	1 515 489	19,8	5 024 329	65,8	1 097 879	14,4	7 637 697
	2011	1 438 068	18,5	5 090 889	65,5	1 237 757	15,9	7 766 714
	Variation (%) 2007-2011	-5,1		1,3		12,7		1,7

Source : MSSS, Projections de population, produites en janvier 2005

Production : ASSS Chaudière-Appalaches, DSPE (SRE), 2008

LISTE DE RÉFÉRENCES

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. Plan d'organisation, Sainte-Marie, 2005, 63 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. Programme régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches (12) : plan d'action régional 2004-2007, Sainte-Marie, 2004, 56 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. Vision stratégique et Plan régional de mise en œuvre 2005-2010 des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, Sainte-Marie, 2005, 28 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches et Commission de la santé et de la sécurité du travail. Entente spécifique de gestion et d'imputabilité 2007 dans le cadre du programme des services de santé au travail.

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. Étude régionale sur les signalements reçus et retenus en protection de la jeunesse en Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, 2006, 125 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza : mission santé, Sainte-Marie, 2006, 250 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. Plan régional de surveillance en santé publique, région de la Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, 2006, 123 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, 2006, 23 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. Registre des résidences pour personnes âgées de la région de la Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, le 31 mars 2007.

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. St-Hilaire, Paré et Roy, La problématique du suicide : rapport du directeur de santé publique sur la santé de la population de Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, 2006, 51 p.

Entente de partenariat concernant le déploiement de l'approche « École en santé » dans les écoles primaires et secondaires, privées et publiques de la région de la Chaudière-Appalaches 2005-2010. Décembre 2005, 8 p.

Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N. et Bergeron, J. DEP-ADO, version 3.1, Montréal, Recherche et intervention sur les substances psychoactives (RISQ), Octobre 2003.

<http://www.cesaf.umontreal.ca/f.ress.doss.empow.doc1.html>, section Domaines d'application de l'empowerment, sous-section Promotion de la santé (page consultée le 19 septembre 2007).

Institut national de santé publique du Québec. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, gouvernement du Québec, Québec, 659 p.

Institut national de santé publique du Québec. Système québécois de surveillance du diabète.

Institut de la statistique du Québec. Direction des statistiques économiques et sociales. Statistique Canada, Division des comptes des revenus et dépenses, Comptes économiques provinciaux, données provisoires, 2007.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), (L.R.Q., chapitre S-4.2).

Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien, Québec, 2004, 30 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Au féminin... à l'écoute de nos besoins : objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes, Québec, 2002, 61 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence national pour la conclusion d'ententes de services entre les centres de santé et de services sociaux et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle, Québec, 2006, 35 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation, Québec, 2007, 57 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Chez soi : le premier choix : la politique de soutien à domicile, Québec, 2003, 43 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, Yvon Brunelle et Nicole Gauthier, Québec, Novembre 2005, 45 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les infections nosocomiales : cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Québec, 2006, 109 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'intégration des services de santé et des services sociaux : le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Québec, Février 2004, 26 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Lignes directrices en hygiène et salubrité : analyse et concertation, Québec, Mai 2006, 54 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques, Québec, 2006, 88 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Normes relatives à la pratique à l'intention des établissements et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux, Québec, 2005, 30 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, Québec, 2001, 47 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Orientations prioritaires 2007-2012 du programme québécois de lutte contre le cancer, Québec, 2007, 39 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Québec, 2007, 92 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : programme-services Dépendances : offre de service 2007-2012, Québec, 2007, 58 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : un défi de solidarité, Québec, 2005.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, Québec, 2006, 58 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza - mission santé, Québec, 2006, 127 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, 43 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique en soins palliatifs de fin de vie, Québec, 2004, 93 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer : avis/Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie (CÉPIO), Québec, 2005, 101 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile, Québec, 2004, 108 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme québécois de dépistage du cancer du sein, Cadre de référence, Québec, 1996, 67 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Protocole d'immunisation du Québec, 1999 et mises à jour subséquentes.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec, plan d'action 2005-2006, 2 p.

Tremblay, J., Ménard, J.-M. et Ferland, F. DÉBA-Jeu, version 1.0, Montréal, Recherche et intervention sur les substances psychoactives (RISQ), 2003.

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N. et Sirois, M. DÉBA-Alcool, Montréal, Recherche et intervention sur les substances psychoactives (RISQ), Février 2001.

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N. et Sirois, M. DÉBA-Drogues, Montréal, Recherche et intervention sur les substances psychoactives (RISQ), Février 2001.

