

Santé et Services sociaux



Bilan

2009-2014

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

Santé et Services sociaux



Bilan

2009-2014

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

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

Québec



Le « Bilan 2009-2014 » est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, dont voici les coordonnées :

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
418 386-3363
www.agencesss12.gouv.qc.ca

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

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN 978-2-89548-814-9 (Version électronique)

Table des matières

Table des matières-----	i
La région de la Chaudière-Appalaches	
Les réseaux locaux de services (RLS)-----	1
Le réseau régional de santé et de services sociaux-----	2
Évolution des ressources de l'Agence-----	2
Portrait de santé et de bien-être de la population	
Introduction-----	5
Le contexte social et démographique-----	7
La santé de la population et ce qui l'influence-----	8
Conclusion-----	16
Principales réalisations	
Principales réalisations 2009-2014-----	21
Responsabilité populationnelle-----	21
Gestion et gouvernance-----	21
Qualité et performance-----	22
Prix d'excellence-----	27
Santé publique-----	29
Programme national de santé publique-----	29
Services sociaux et communautaires-----	39
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)-----	40
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement-----	42
Déficience physique-----	44
Jeunes en difficulté-----	46
Dépendances-----	47
Santé mentale-----	48
Organismes communautaires-----	50
Services de santé et de médecine universitaire-----	51
Ressources financières-----	60
Ressources informationnelles-----	63
Ressources immobilières-----	64
Circulation de l'information clinique-----	66
Projets d'optimisation-----	67
Ressources humaines-----	68
Accès aux services de langue anglaise-----	71
Colloques et événements régionaux-----	72
Ententes régionales et intersectorielles-----	74
Références	
Bibliographie-----	77

LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES

Les Réseaux locaux de services (RLS)

Située face à la région de la Capitale-Nationale, en bordure de la rive sud du fleuve Saint-Laurent, la région de la Chaudière-Appalaches est délimitée à l'est par la région du Bas-Saint-Laurent et est adjacente, à l'ouest, aux régions de l'Estrie, de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Au sud, elle partage sa frontière avec les États-Unis.

Comptant 413 720 habitants en 2014, la région de la Chaudière-Appalaches regroupe 5,1 % de la population du Québec, la plaçant au 8^e rang des régions sociosanitaires.

D'une superficie totale de 15 079 km², la région est découpée en 136 municipalités, regroupées en 9 municipalités régionales de comté (MRC) auxquelles s'ajoute la Ville de Lévis. Elle englobe des réalités socioculturelles, historiques et géographiques diversifiées. Pensons aux MRC de Montmagny et de L'Islet et à leur histoire maritime, ou encore à celle de Beauce-Sartigan et à son parcours entrepreneurial pour illustrer la diversité des dynamiques sociales y prévalant. De même, selon qu'elle habite dans le RLS des Etchemins, Alphonse-Desjardins, de Beauce, de la région de Thetford ou de Montmagny-L'Islet, la population présente des habitudes de consommation de services de santé et de services sociaux propres à son lieu de résidence.



CLSC : Centre local de services communautaires
CH : Centre d'hébergement
CHAU : HDL : Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis
CSSSB : Centre de santé et de services sociaux de Beauce

Le réseau régional de santé et de services sociaux

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

Au 31 mars 2014, il comprenait neuf établissements publics dont :

Cinq centres de santé et de services sociaux (CSSS) :

- Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins (CSSS Alphonse-Desjardins)
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce (CSSS de Beauce)
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford (CSSS de la région de Thetford)
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny (CSSS de Montmagny)
- Centre de santé et de services sociaux des Etchemins (CSSS des Etchemins)

Quatre établissements à mission régionale :

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

Cinq établissements privés conventionnés :

- Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc. (RLS Alphonse-Desjardins)
- Centre d'hébergement Champlain — Chanoine-Audet (RLS Alphonse-Desjardins)
- CHSLD VIGI Notre-Dame-de-Lourdes (RLS Alphonse-Desjardins)
- Pavillon Bellevue inc. (RLS Alphonse-Desjardins)
- Centre d'hébergement Champlain-de-l'Assomption (RLS de Beauce)

Un établissement privé conventionné ayant un mandat suprarégional :

- Le Centre d'accueil le Programme de Portage pour la clientèle adolescente ayant une dépendance en alcoolisme et toxicomanie

Évolution des ressources de l'Agence

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Employés	152	140	141	137	139
Personnel d'encadrement	19	18	18	17	15
Total	171	158	159	154	154

Sources de données : Rapports annuels de gestion

Heures de formation	2 599,75	1 331,25	3 116,91	1 722,50	1 466,75
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------

Source de données : Logibec/ Entrepôt de données

Budget d'exploitation	9 377 457 \$	9 007 959 \$	8 875 450 \$	8 776 525 \$	8 611 660 \$
-----------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

PORTRAIT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION

Introduction

La région de la Chaudière-Appalaches : deux réalités complémentaires

La région de la Chaudière-Appalaches couvre un vaste territoire qui reflète ses particularités socioculturelles, historiques et géographiques. « On a qu'à penser aux MRC de Montmagny et de L'Islet et leur histoire maritime ou à celle de Beauce-Sartigan et à son histoire entrepreneuriale [...] »¹. Malgré le peu d'immigration et une langue parlée majoritairement francophone, on y retrouve une diversité à plusieurs autres égards : le milieu urbain côtoie le milieu rural, les jeunes familles sont plus présentes dans certains territoires, certaines communautés voient leur population croître et d'autres, décroître. Plusieurs caractéristiques sociales, économiques et de santé de la population de la région varient selon deux grands axes dans la région : les MRC en croissance, plus urbaines, situées surtout autour de l'embouchure et du cours de la rivière Chaudière et celles qui demeurent en décroissance, situées surtout sur l'axe des Appalaches, au sud de la région²⁻³.

La santé est influencée par le mode et les habitudes de vie, mais tout autant par le contexte de vie et de travail et par le milieu où l'on vit

L'état de santé est fortement influencé par l'âge et aussi par l'environnement économique, social et communautaire, par les habitudes de vie, les comportements, ainsi que le bagage familial (son bagage génétique et son contexte de vie). En fait, le contexte dans lequel les gens naissent, grandissent, étudient, travaillent et vivent conditionne la santé davantage que l'hérédité ou le système de santé⁴. Par ailleurs, la population influence et peut influencer aussi son milieu⁵, d'où l'importance d'en connaître les caractéristiques et de contribuer à soutenir ces changements⁶⁻⁷.

Ajouter des années à la vie ne suffit pas : il faut aussi ajouter de la santé aux années

L'espérance de vie moyenne des Canadiens s'est accrue de plus de trente ans depuis le début des années 1900. Vingt-cinq de ces trente années seraient attribuables aux progrès socioéconomiques et à la prévention, surtout à ce qui a trait aux maladies infectieuses, aux maladies cardiovasculaires et aux blessures qui tuaient les enfants, les jeunes et les adultes dans la force de l'âge. Les cinq autres années de gains seraient attribuables à des améliorations du système de soins⁸.

- L'espérance de vie à la naissance⁹ continue de croître régulièrement et est généralement un peu meilleure dans la région qu'ailleurs au Québec. Elle est de 84,3 années pour les femmes (83,4 ailleurs au Québec) et de 79,5 ans pour les hommes (79 ans ailleurs au Québec)⁹.
- Dans la région, un homme qui atteint l'âge de 65 ans peut espérer vivre jusqu'à 84 ans (près de 19 ans de plus) et une femme jusqu'à 87 ans, soit près de 22 ans de plus⁹.

L'espérance de vie n'est cependant pas garante d'une amélioration de l'état de santé de la population puisque le nombre d'années où une personne risque de vivre avec une incapacité plus ou moins importante est d'environ douze ans en moyenne⁹. Ainsi, l'espérance de vie augmente, mais la population, surtout des aînés, vit en moyenne douze ans avec des incapacités.

Les inégalités sociales et économiques tuent et rendent malade, mais elles sont évitables et leurs effets aussi

L'environnement social, le soutien du réseau et le sentiment d'appartenance influencent profondément la santé des personnes en interagissant entre eux à chaque étape de la vie. Il en est de même pour le niveau d'éducation, le revenu, le travail, la qualité du milieu de vie, l'éloignement géographique, le logement ainsi que l'accès aux services et leur distribution inégale qui contribuent à créer des écarts dans la santé des personnes vivant sur le territoire.

Les écarts de santé ne s'observent pas uniquement entre les personnes les plus riches et les moins fortunées. Pour la plupart des indicateurs de santé par exemple, le taux de mortalité prématurée ou l'espérance de vie à la naissance¹⁰, les inégalités (des « iniquités »), apparaissent selon un continuum en fonction des revenus, du soutien social et du niveau d'éducation. En d'autres mots, les personnes qui jouissent d'un statut économique moins élevé sont en moins bonne santé que celles qui se situent juste au-dessus dans l'échelle. Le même constat s'applique à la défavorisation sociale et l'effet des deux types de défavorisation se multiplie, ce que l'on appelle l'effet de synergie. Voici quelques exemples pour en illustrer les effets¹¹:

En comparant le taux observé chez les 20 % les moins favorisés matériellement et socialement, aux 20 % les plus favorisés, on constate au Québec :

- 18 fois plus de grossesses chez les adolescentes (2000-2004);
- 60 % plus de bébés de poids insuffisant à la naissance (2000-2004);
- 2,6 fois plus de décès prématurés (avant l'âge de 75 ans); l'excès est dû surtout aux décès plus jeunes par maladies cardiovasculaires, cancer et traumatismes (1999-2003); 3 fois plus chez les hommes et 2 fois plus chez les femmes;
- un taux de suicide 3,2 fois plus élevé (2000-2004);

- une espérance de vie plus courte de 4 ans chez les femmes, et de 8 ans chez les hommes (2000-2004) qui se traduisent par un taux d'années potentielles de vie perdues par 100 000 habitants, 2,5 fois plus élevé;
- 8 fois plus de signalements retenus à la DPJ (1996-1998);
- ces risques accrus se manifestent aussi par une consommation plus élevée de services sociaux et de santé : 1,5 fois plus d'hospitalisations (1997-1998);
- dans l'ensemble, ces écarts ne s'amenuisent pas au fil des années, mais tendent plutôt à augmenter, puisque la santé des personnes de milieux favorisés s'améliore plus rapidement que celle des milieux peu favorisés (1989-1993 et 1999-2003);
- comme ailleurs au monde, le risque augmente selon le degré de défavorisation des milieux (il y a un gradient du risque);
- risque supplémentaire de mourir avant 75 ans pour les populations les moins favorisées comparées aux plus favorisées en 1999-2003 : cancer du poumon (3 fois plus), cancer du côlon et rectum (2 fois), maladies ischémiques du cœur (3 fois), voies respiratoires inférieures (5 fois), suicide (3 fois), accidents de véhicule à moteur (1,5 fois).

Une des meilleures façons de réduire les inégalités sociales est de briser le cercle vicieux de la transmission intergénérationnelle de la défavorisation, entre autres, par des interventions précoces¹²⁻¹³⁻¹⁴. À cet effet, des projets porteurs comme The Carolina Abecedarian Project, High Scope/Perry Preschool Program et The Prenatal and Early Infancy Project, sont nés dans les années allant de 1960 à 1970 environ, afin de réduire les inégalités qui avaient été observées. Très tôt dans la vie des enfants, ils permettent de changer positivement leurs trajectoires de vie, entre autres : la persévérance et la réussite scolaire, le taux de criminalité et la santé mentale, et ce, jusqu'à l'âge adulte¹³⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷.

Développer et préserver la santé : un investissement rentable à tout âge

Investir pour prévenir, c'est miser sur le potentiel de développement et de santé des enfants, qui aura un impact éventuel tout au cours de leur vie de jeunes, d'adultes et d'aînés. C'est aussi se donner une possibilité de réduire le nombre, la gravité, la durée et les conséquences des épisodes de maladie, de souffrance et d'incapacités, qui contribuent à alourdir le fardeau du système de santé dans notre région. Chaque problème de santé et blessure évité représente autant de soins, de maladie, de souffrance et de coûts directs et indirects épargnés. Ces investissements sont rentables à tout âge, incluant les aînés¹⁸. Investir pour la santé est ainsi un premier gage de performance du système de santé¹⁹.

Le contexte social et démographique

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, les territoires en forte croissance populationnelle sont généralement avantagés. Ils se situent pour la plupart à l'embouchure et aux abords de la rivière Chaudière. De plus, les territoires en forte décroissance populationnelle sont aussi davantage défavorisés et, pour leur part, sont particulièrement situés « dans les terres », au sud de la région².

- Le revenu disponible par habitant en 2013²⁰ de la population de Chaudière-Appalaches se situe à 25 868 \$ et s'avère en moyenne inférieur d'environ 900 \$ à celui des Québécois; il est inférieur à la moyenne dans les quatre MRC en décroissance (L'Islet, Montmagny, Etchemins et Appalaches).
- Le niveau de scolarité²¹ des adultes de la région augmente. Cependant, un adulte de 25 à 64 ans sur quatre (23 %) n'avait pas de diplôme d'études secondaires; cette proportion était de 37 % en 2009.
- En Chaudière Appalaches, 64 % des personnes de 18 ans et plus vivent en couple, soit davantage qu'au Québec (59 %)²² : dans la région, 38 % sont mariés et 26 % sont partenaires en union libre. De plus, 15 % vivent seules, soit un peu moins qu'au Québec. Ce sont les aînés qui vivent seuls dans une plus forte proportion et, particulièrement, les femmes. Le veuvage, relativement peu fréquent avant 65 ans, touche davantage les femmes que les hommes. Il s'agit d'indicateurs d'isolement social, qui influence fortement la santé.

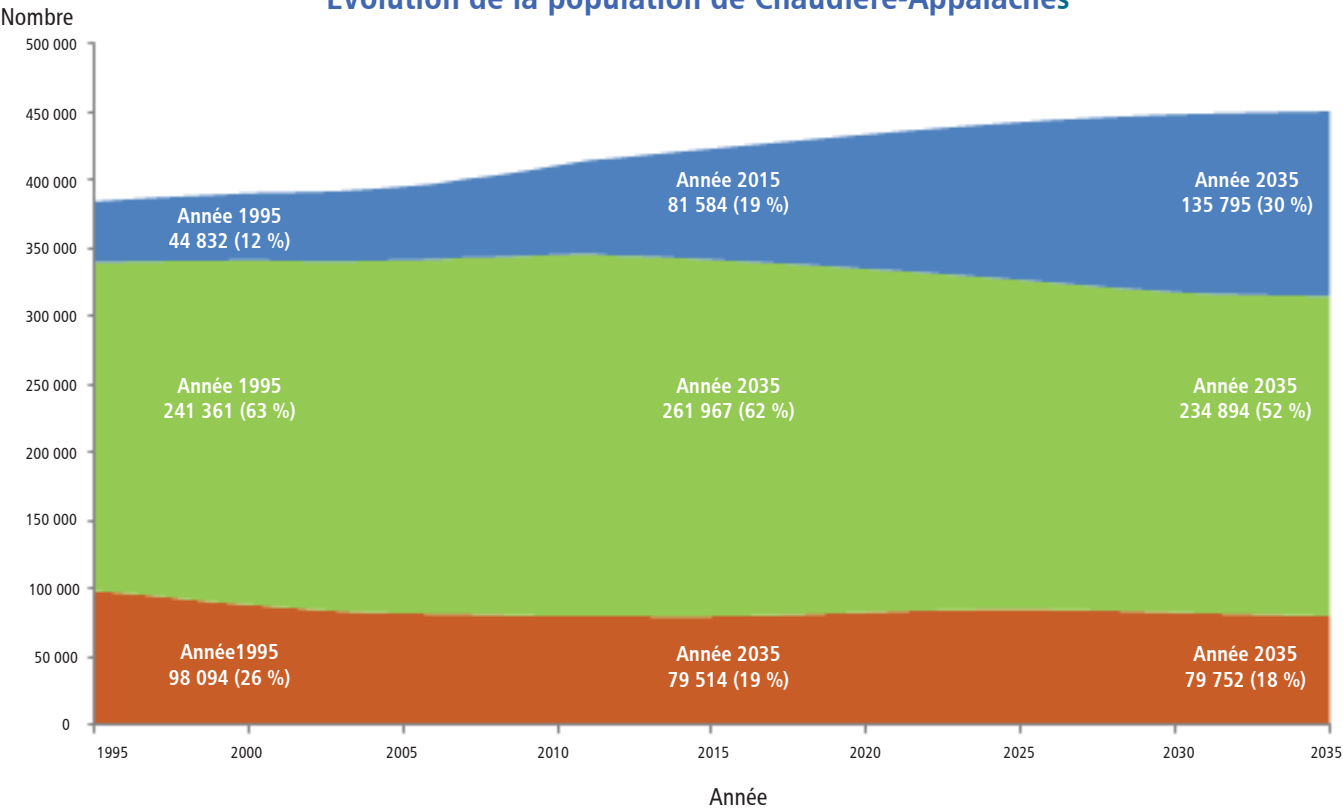
Près de deux fois plus d'aînés que de jeunes, d'ici 2035, alors que c'était le contraire au tournant du siècle

Environ 423 000 personnes vivent en Chaudière Appalaches en 2015, soit environ autant d'hommes que de femmes²³. La population devrait augmenter de 6,5 % au cours des 20 prochaines années, passant à 450 441 personnes²³. La proportion des 65 ans et plus se situe à 19 % en 2015. Les moins de 18 ans représentent aussi 19 %. Alors qu'il y a à peine 20 ans, on comptait environ deux fois plus de jeunes de moins de 18 ans que d'aînés²³.

Le portrait démographique devrait continuer à se modifier considérablement d'ici 2035 :

- La structure par âge de la population de la région, comme au Québec, est appelée à se modifier davantage, notamment par les générations du baby-boom (1946 à 1966) qui commencent à quitter le groupe des 18 à 64 ans pour entrer dans celui de 65 ans et plus. Actuellement, les adultes de 45 à 64 ans, soit les *baby boomers*, représentent la plus grande part de la population et contribueront fortement au vieillissement de la population. La proportion de personnes de 65 ans et plus deviendra près de deux fois plus importante que celle des jeunes de moins de 18 ans dans les prochaines années²³. Cela représente une inversion des proportions, en moins de 40 ans.
- Si les projections s'avèrent justes, ce serait près de 54 000 aînés de plus comparativement à aujourd'hui qui vivront dans la région en 2035. Ils représenteraient alors 30 % de la population de la région²³. Les défis de favoriser le vieillissement en santé, le développement sain de tous les enfants et la participation sociale des aînés revêtent ainsi toute leur importance.

Évolution de la population de Chaudière-Appalaches



Source : ISQ. Projections démographiques (série produite en novembre 2014)
Production : ASSSCA, DSP, PPSS, 2014

- 65 ans et plus
- 18 à 64 ans
- Moins de 18 ans

La santé de la population et ce qui l'influence

Tout-petits et jeunes : pour un bon départ dans la vie

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, environ 4 600 bébés naissent chaque année²⁴, représentant un taux de natalité d'un peu plus de 11 par 1 000 de population. Près de 24 000 enfants sont âgés de 1 à 5 ans, 27 000 sont âgés de 6 à 11 ans, fréquentant l'école primaire et 25 000 sont âgés de 12 à 17 ans, fréquentant pour la plupart le secondaire²³. Il est intéressant de constater qu'on assiste presque au renouvellement de la population avec 1,91 enfant par femme²⁴. Un renouvellement naturel nécessite au moins 2,1 enfants par femme.

Chaque étape de développement représente son lot de défis et d'opportunités. Le développement des enfants d'âge préscolaire est largement tributaire de l'expérience dans leur environnement²⁵. Bien que différents déterminants influencent leur développement, tels une grossesse en santé, l'allaitement, une alimentation adéquate, un environnement favorable pour les enfants, la possibilité d'explorer un environnement riche et d'avoir des relations sensibles avec leur entourage est cruciale²⁶. Ces relations sont d'ailleurs le moteur des connexions du cerveau et, par le fait même, de son développement global, sa réussite scolaire et même sa santé mentale ultérieure²⁶⁻²⁷⁻²⁸. En effet, dans les premières années de vie, le système nerveux se développe très rapidement¹⁴⁻²⁶⁻³⁰⁻³¹. Si l'enfant vit de l'adversité, comme par exemple, de la maltraitance ou de la négligence, des modifications neurologiques établissent les bases biologiques d'une possible escalade au cours de la vie de troubles mentaux et physiques³⁰. La petite enfance est donc une fenêtre unique dans le chemin de l'humain, durant laquelle le potentiel physique, socioémotionnel et cognitif est particulièrement malléable aux effets positifs de l'investissement dans le capital humain³². Il est particulièrement important de se préoccuper de ces déterminants lors des moments de transitions, comme par exemple, la naissance, l'intégration dans un milieu de garde ou l'intégration scolaire.

Au fur et à mesure que les enfants grandissent, les différents milieux de vie qu'ils côtoient s'agrandissent, offrant de plus en plus d'opportunités de se développer. C'est dans leur environnement et sous l'influence de leurs pairs et des adultes significatifs pour eux qu'ils feront des choix éclairés visant à adopter de saines habitudes de vie et des comportements sécuritaires. Ils construiront leurs valeurs, développeront des compétences sociales et une estime de soi qui serviront d'assise tout au long de leur vie. Leurs réactions face aux différentes étapes de changements sont influencées par leurs acquis ainsi que les environnements dans lesquels ils évoluent. Ainsi, des actions sont importantes pour tous les jeunes afin de les préparer à faire des choix tout au long de leur vie. Le jour où un enfant ou une famille connaîtra une période de vie plus difficile, ils seront mieux préparés à y faire face.

Toutes ces actions contribuent à développer ou à renforcer des compétences chez les enfants et les jeunes. Malgré cela, des conditions de vulnérabilité demeurent présentes dans la population, comme l'exposition de la femme enceinte à des risques en milieu de travail, le fait d'être une jeune mère adolescente, de vivre dans un contexte de pauvreté, etc. D'autres conditions de vulnérabilité existent dont :

- La proportion des naissances ayant au moins un des quatre facteurs de risque à la naissance (prématurité, faible poids, jeune mère de moins de 20 ans, faible scolarité chez la mère, soit moins de 11 ans) est de 12,4 % et représente près de 600 naissances²⁴.
- Parmi les familles ayant des enfants de moins de 18 ans, près de 20 % sont monoparentales, représentant près de 9 000 familles dans la région²².

Des conditions de vulnérabilité peuvent avoir des conséquences sur le développement du jeune ainsi que sur sa santé physique ou sa santé mentale :

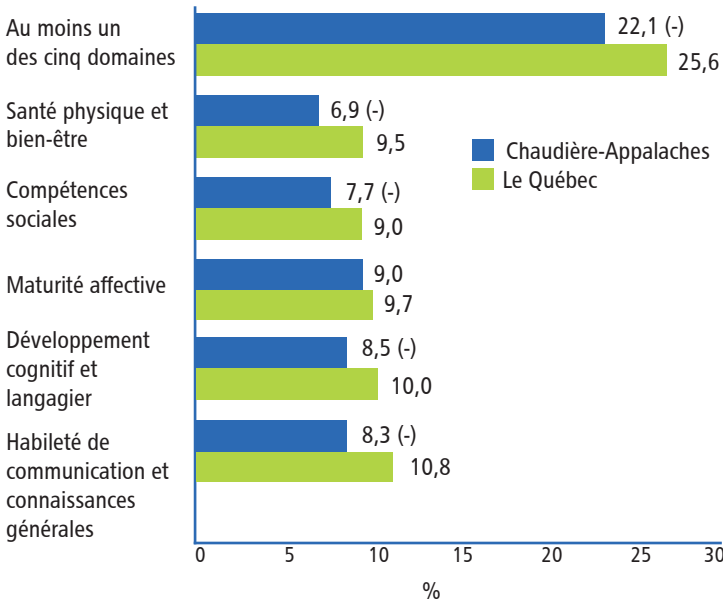
- Près d'un enfant de la maternelle sur quatre est vulnérable dans au moins un des cinq domaines que sont la santé physique et bien-être, les compétences sociales, la maturité affective, le développement cognitif et langagier ainsi que les habiletés de communication et connaissances générales. Ainsi, près de 1 000 enfants par année sont susceptibles d'être moins bien outillés que les autres pour profiter pleinement de ce que l'école peut leur offrir³³.

(-) proportion statistiquement moins élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,05

Source : ISQ. Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012

Production : ASSSCA, DSP, PPSS, 2015

Évolution de la population de Chaudière-Appalaches



- Les enfants de 1 à 17 ans connaissent plus d'épisodes d'hospitalisation qu'ailleurs au Québec, ayant pour cause principalement des maladies reliées à la naissance pour les tout-petits, des maladies respiratoires et, pour les plus vieux, des maladies digestives³⁴.
- Pour les adolescents, s'ajoutent, dans une moindre part, des hospitalisations attribuables à des accidents³⁴.

L'adolescence est une période de transition caractérisée par un désir d'exploration et une curiosité qui est propice à l'adoption de certaines habitudes de vie ou certains comportements qui peuvent avoir des effets négatifs sur la santé physique ou mentale des adolescents :

- 68 % ont consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois³⁵. Par ailleurs, les adolescents de la région ont une consommation d'alcool plus problématique qu'ailleurs au Québec, par exemple, ils sont plus nombreux à consommer plus et ils sont aussi plus nombreux à commencer tôt;
- 28 % ont consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois³⁵;
- 12 % fument la cigarette³⁵;
- 70 % ne consomment pas la quantité minimale de fruits et légumes recommandée quotidiennement par le Guide alimentaire canadien³⁵;
- 43 % ont consommé au moins une fois de la malbouffe dans un restaurant ou un casse-croûte le midi au cours de la dernière semaine d'école³⁵;
- 28 % consomment quotidiennement au moins une boisson sucrée, des grignotines ou des sucreries³⁵;
- 23 % sont sédentaires au niveau des loisirs ou de transport actif, selon le niveau d'activité physique recommandé pour leur âge³⁵;
- 22 % ont un surplus de poids³⁵;
- 50 % sont insatisfaits de leur apparence corporelle³⁵.

Avoir un bon réseau de soutien social et être bien entouré aide l'adolescent du secondaire à se construire et à faire des choix éclairés. En Chaudière-Appalaches, comme au Québec :

- 3 % estiment avoir un soutien social faible de leur environnement familial³⁵;
- 5 % estiment avoir un soutien social faible de l'environnement de leurs amis³⁵;
- 9 % estiment avoir un soutien social faible de leur environnement scolaire³⁵.

Certains adolescents évaluent leur état de santé mentale plus à risque, par exemple :

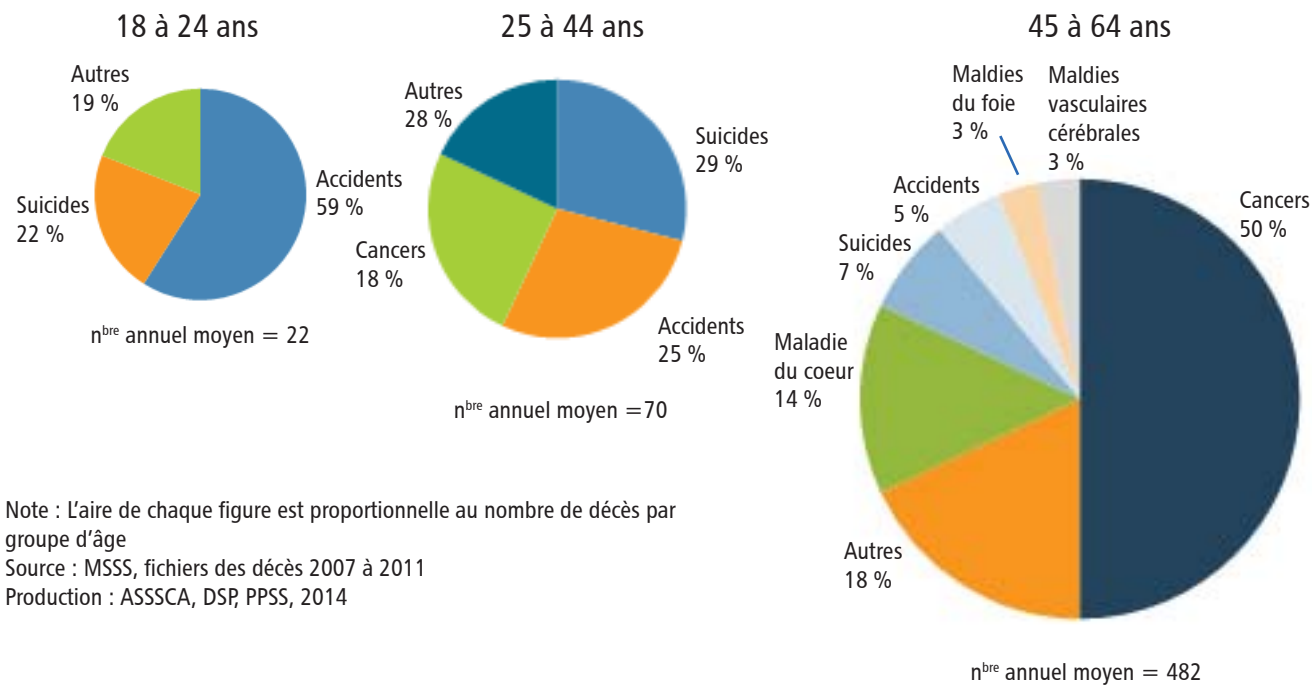
- Les filles sont plus nombreuses que les garçons à se situer à un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique ³⁶, à avoir un niveau faible d'estime de soi et à avoir reçu un diagnostic d'anxiété, de dépression ou de trouble alimentaire³⁵.
- Les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir un risque élevé de décrochage scolaire³⁵.

Les adultes : vers des environnements de vie, de loisirs et de travail qui favorisent la santé

Actuellement en Chaudière-Appalaches, environ 262 000 personnes ont de 18 à 64 ans, soit 62 % de l'ensemble de la population²³. La population adulte représente, pour une communauté, la population active, celle qui travaille, et aussi celle qui construit une famille. Il s'agit d'une vaste cohorte d'âges avec des champs d'intérêt variés, des situations de vie qui évoluent différemment et des problèmes de santé qui varient. Elle est toutefois peu connue du réseau de la santé sinon pour la période entourant la naissance d'un enfant, soit habituellement au début de l'âge adulte, ou vers la fin de l'âge adulte, lorsque les maladies chroniques prennent de l'ampleur ou lorsque les problèmes d'adaptation sociale transitent vers la détresse psychologique ou la maladie mentale.

Comme ailleurs au Québec, les maladies chroniques, les suicides et les accidents sont les principales causes de décès³⁷. De plus, les maladies chroniques et les accidents sont les principales causes de maladie et d'incapacité. Ils demeurent une préoccupation majeure pour le système de santé. Une grande proportion des maladies chroniques, des incapacités et des accidents peuvent être évités, ou leur apparition peut être retardée. Plus particulièrement, chez les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans de la région, environ 80 % des décès sont attribuables aux accidents (59 %) et aux suicides (22 %). Chez les 25 à 44 ans, la part des suicides augmente, au détriment des accidents, alors que les décès par cancers causent près d'un décès sur cinq. Chez les adultes de 45 à 64 ans, le cancer est à l'origine de la moitié des décès.

Répartition des principales causes de décès de la population âgée de 18 à 64 ans de Chaudière-Appalaches, 2007 à 2011

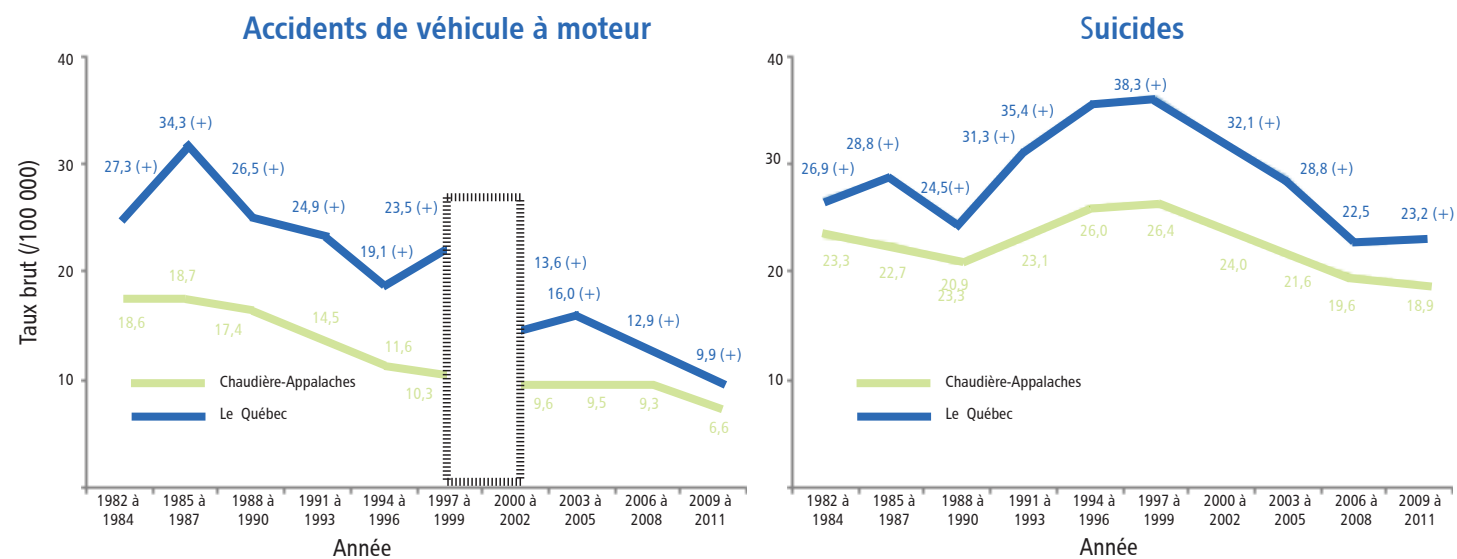


La région continue à se démarquer pour les accidents de la route et les suicides

En dépit des améliorations, beaucoup reste à faire dans la région. Malgré les progrès, les taux de décès attribuables aux accidents de véhicules à moteur et aux suicides chez les adultes demeurent significativement supérieurs à ce qui est observé ailleurs au Québec. De plus, pour ces deux problématiques, les hommes sont davantage à risque que les femmes.

Il est à noter que les accidents de véhicule à moteur occasionnent un excès de décès non seulement chez les adultes, hommes et femmes, mais aussi chez les jeunes et les aînés. Quant au suicide, une surmortalité est observée chez les adultes, surtout les hommes, ainsi que chez les aînés. Des façons d'agir autrement, davantage axées sur les causes des problèmes, demeurent un défi.

Évolution de décès attribuables aux accidents pour la population âgée de 18 à 64 ans



Note : L'adaptation de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès et est représentée par une ligne pointillée.
(+) taux ajusté statistiquement plus élevé que celui du reste du Québec, au seuil de 0,05
Source : MSSS, fichiers des décès 1982 à 2011 et ISQ, Projections démographiques (série produite en novembre 2014)
Production : ASSSCA, DSP, PPSS, 2015

Les habitudes de vie, les comportements et les milieux de vie

La santé de la population dépend de nombreux facteurs, notamment l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie, de comportements sécuritaires et de conditions physiques et sociales, auxquels chacun est exposé chaque jour dans les endroits où ils vivent, apprennent, travaillent et s'amuse.

Environ 50 % des cancers pourraient être évités par l'adoption de saines habitudes de vie ainsi que par l'adoption de politiques publiques favorables à la santé³⁸. D'autres maladies sont associées aux habitudes de vie tout en étant précurseurs d'autres maladies : diabète, hypertension artérielle et obésité sont du nombre. L'activité physique réduit le risque de développer plusieurs maladies chroniques que ce soit des maladies cardiovasculaires, plusieurs cancers, le diabète, l'hypertension ou encore, l'ostéoporose. Bien manger, bouger, avoir de saines habitudes buccodentaires

sont nécessaires à un mode de vie sain. Limiter les comportements à risque de dépendance comme le tabagisme, la consommation d’alcool, de drogues ou la participation à des jeux de hasard et d’argent peuvent entraîner des conséquences sur la santé et la qualité de vie de la personne ainsi que sur son fonctionnement social.

Dans la population adulte de Chaudière-Appalaches :

- 8 % ont un diagnostic de diabète³⁹;
- 21 % ont un diagnostic d’hypertension artérielle³⁹;
- 50 % a un surplus de poids et 17 % sont obèses⁴⁰;
- 23 % fument⁴⁰;
- 57 % consomme moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes⁴⁰;
- 65 % n’atteignent pas le niveau d’activité physique recommandé⁴⁰;
- 23 % des buveurs ont une consommation d’alcool élevée⁴⁰.

Environnement de travail

En Chaudière-Appalaches, 63 % des personnes en âge de travailler occupent un emploi ⁴¹. Tout en reconnaissant que l’accès à l’emploi peut être un facteur de protection contre certains problèmes de santé, le travail expose souvent les personnes à divers risques physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques et organisationnels selon l’emploi qu’elles occupent. Ces risques peuvent être le plus souvent diminués, même éliminés, afin d’éviter les accidents du travail ou l’apparition ou l’aggravation des maladies reliées au travail, dont les conséquences parfois permanentes peuvent augmenter le fardeau de la perte d’autonomie et de qualité de vie dans un contexte de population vieillissante.

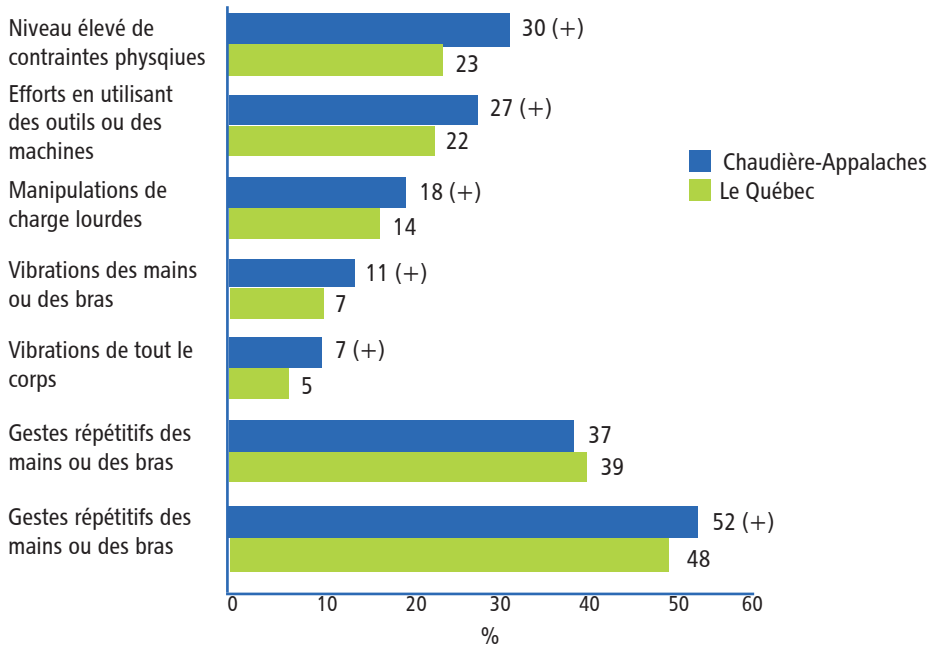
Bien que sous-estimant le portrait réel, car basé sur une demande d’indemnisation par le travailleur couvert par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) qui exclut souvent le secteur agricole, on observe dans la région, comme au Québec, une tendance à la baisse du nombre de lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST entre 1997 et 2012; cette diminution globale s’explique tant par un nombre moindre de traumatismes déclarés et acceptés causés par des accidents de travail que de troubles musculo-squelettiques; cependant, on assiste en même temps à une augmentation importante du nombre de surdité professionnelle acceptée par la CSST qui est non expliquée par le seul vieillissement de la population⁴².

Malgré la diminution des troubles musculo-squelettiques, ceux-ci représentent une préoccupation majeure en milieu de travail et sont associés à des contraintes biomécaniques auxquelles la population de la région est souvent plus exposée qu’ailleurs au Québec et qui sont liées, par exemple, à des gestes répétitifs, des manipulations de charges lourdes, des vibrations.

Parmi la population de Chaudière-Appalaches :

- Près d’un travailleur sur cinq a eu des troubles musculo-squelettiques liés à l’emploi principal à au moins une région corporelle⁴³.
- Les travailleurs résidant dans la région sont plus à risque que d’autres travailleurs québécois de devoir fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l’équipement, de manipuler des charges lourdes ou d’être exposés à des vibrations des bras et des mains et des vibrations du corps entier⁴³.
- En contrepartie, aucune différence significative n’est observée en ce qui a trait aux gestes répétitifs réalisés au travail⁴³.
- Les hommes de la région sont, en général, plus touchés par les expositions biomécaniques que les femmes, sauf pour le travail en position debout de façon prolongée et pour le travail de gestes répétitifs des mains et des bras⁴³.

Proportion de travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches selon certaines expositions biomécaniques, 2008



(+) proportion statistiquement plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,05

Source : ISQ, EQSP 2008

Production : ASSSCA, DSP, PPSS, 2015

D'autres problèmes de santé peuvent être reliés à une exposition à des contaminants physiques ou chimiques :

- Plus de 1 travailleur sur 8 et de 1 travailleuse sur 20 sont exposés à du bruit intense en milieu de travail⁴³;
- 7 % sont exposés à des poussières de bois⁴³;
- 9 % sont exposés à des vapeurs de solvants⁴³;
- 4 % sont exposés à des fumées de soudage⁴³.

La santé mentale : l'importance des périodes de changement dans la vie

La grande majorité des adultes a une perception positive de son état de santé mentale. Toutefois, ce fait doit être nuancé. Des périodes de stress ou des événements particulièrement éprouvants émotionnellement peuvent être vécus à un moment ou l'autre de la vie, dans la famille, au travail ou personnellement. Des changements comme la perte d'un emploi, la séparation, le deuil sont des exemples de situations critiques. Certains y feront face avec résilience alors que pour d'autres, ces transitions de vie accentueront un état de vulnérabilité déjà présent.

- 1,2 fois plus de femmes que d'hommes se situent dans le niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique⁴³.
- 12 % de la population souffre d'un problème de santé mentale, dont 62 % sont des troubles anxio-dépressifs³⁹.
- Le taux ajusté de suicide dans la région est de 17,6 suicides par 100 000 de population, 1,2 fois plus élevé comparativement à ailleurs au Québec, malgré une diminution au fil des ans. Il est 4,2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes³⁷.

Plusieurs facteurs influencent la santé mentale des adultes, notamment en milieu de travail :

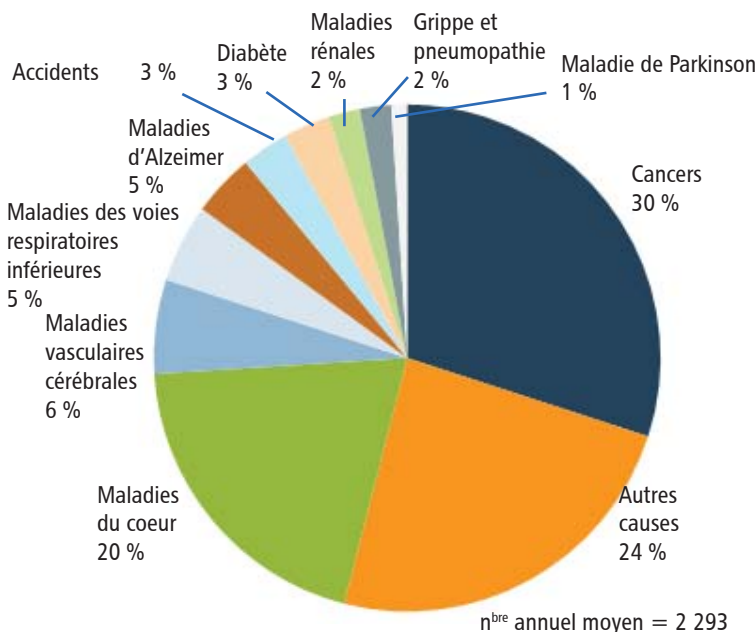
- 51 % des travailleurs de la région ont un faible soutien social au travail⁴⁴;
- 19 % des travailleurs de la région ont un niveau élevé d'insécurité d'emploi⁴⁴;
- 12 % des travailleurs de la région vivent des tensions au travail⁴³;
- 44 % des travailleurs de la région ont une faible latitude décisionnelle⁴³;
- 32 % des travailleurs de la région ont des exigences psychologiques élevées au travail⁴³;
- 39 % des travailleurs de la région éprouvent un stress quotidien au travail⁴⁵.

Une population vieillissante : des problèmes à prévenir, en renforçant les capacités pour conserver l'autonomie et la qualité de vie

Sur une population d'un peu plus de 423 000 personnes en Chaudière-Appalaches, environ 100 000 personnes sont âgées de 50 à 64 ans, soit près d'une personne sur quatre²³. La population de 65 ans et plus représente 19 % de la population. La proportion de la population de 65 ans et plus augmente plus rapidement que celle des autres groupes d'âge et n'est pas sans impact sur les services de santé. Développer le plus possible la santé, retarder la perte d'autonomie, briser l'isolement et favoriser un milieu sécuritaire sont des incontournables. Il y a des bénéfices à la prévention chez les personnes âgées. Les saines habitudes de vie peuvent prévenir ou retarder l'apparition des maladies chroniques. Des environnements sécuritaires peuvent éviter les chutes dues à la perte d'autonomie.

Les maladies chroniques constituent donc une préoccupation majeure de santé publique en raison de leur fréquence, leur gravité et leur potentiel de prévention. Environ 70 % des aînés meurent d'un cancer ou d'une autre maladie chronique³⁷. Comme pour les décès, les raisons des séjours des aînés en centre hospitalier témoignent aussi du lourd fardeau de ces maladies sur le système de santé sans négliger le fardeau social et économique qu'elles représentent.

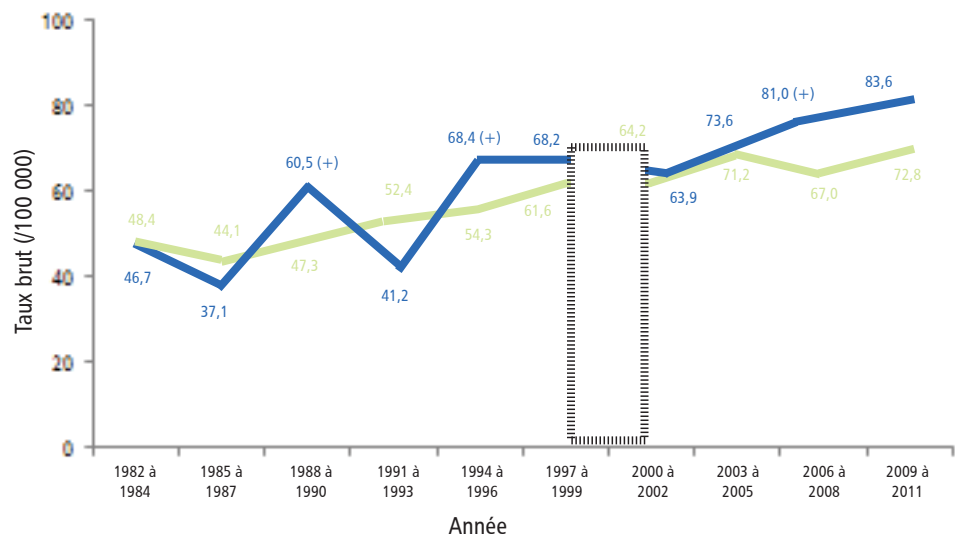
**Répartition des principales causes de décès
de la population âgée de 65 ans et plus
de Chaudière-Appalaches, 2007 à 2011**



Source : MSSS, fichiers des décès 2007 à 2011
Production : ASSSCA, DSP, PPSS, 2015

Chez les aînés de la région, 7 décès sur 10 causés par des accidents sont dus à des chutes. Au cours des dernières années, les taux de décès sont en hausse plus rapide qu'ailleurs au Québec. Les chutes occasionnent 27 fois plus de décès chez les personnes âgées de 85 ans et plus comparativement aux personnes de 65 à 74 ans.

Évolution de décès attribuables aux chutes pour la population âgée de 65 ans et plus



Note : L'adaptation de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès et est représentée par une ligne pointillée.

+) taux ajusté statistiquement plus élevé que celui du reste du Québec, au seuil de 0,05

Source : MSSS, fichiers des décès 1982 à 2011 et ISQ, Projections démographiques (Série produite en novembre 2014)

Production : ASSSCA, DSP, PPSS, 2015

- Environ 80 % des personnes de 65 ans et plus souffrent d'un problème de santé chronique et 55 % en ont deux ou plus⁴⁶.
- Parmi les personnes souffrant d'une maladie chronique, environ le tiers présente aussi une incapacité comme par exemple, une diminution des sens, une incapacité à se déplacer ou des troubles de mémoires. Or, la perte d'autonomie peut entraîner d'autres problèmes de santé. Et les effets tendent non seulement à se cumuler, mais aussi à se multiplier et sont souvent évitables.
- Les incapacités liées aux maladies chroniques et celles liées au vieillissement limitent la qualité de vie. Chez les personnes âgées de 65 à 74 ans, près de 17 % déclarent avoir une incapacité considérée modérée ou grave. Cette proportion triple (59 %) chez les personnes de 85 ans et plus. Les incapacités peuvent avoir des conséquences négatives en chaîne sur la santé. Par exemple, la difficulté à bien se nourrir (faire à manger, faire l'épicerie, accès réduit à des aliments de qualité) peut entraîner la dénutrition et accélérer la fragilité osseuse. L'ostéoporose augmente les risques de fractures.

Parmi les personnes âgées :

- 88 % vivent en ménage privé²²;
- le quart vivent seules dans leur logement, davantage des femmes²²;
- 56 % consomment moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes⁴⁶;
- 68 % n'atteignent pas le niveau d'activité physique recommandé⁴⁶;
- 31 % ne se brossent pas les dents ou les prothèses deux fois par jour⁴⁷;
- 44 % n'ont aucune dent naturelle⁴⁷.

Recrudescence de certaines maladies infectieuses

Malgré les immenses avancées, la lutte aux maladies infectieuses n'est jamais terminée. Des maladies ou phénomènes émergents bousculent ces acquis. Des maladies rares ou jusque-là absentes au Québec, peuvent du jour au lendemain entraîner une menace considérable à la santé de la population, que ce soit par l'émergence de nouveaux pathogènes comme le VIH-sida ou le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), par la transformation des aliments à grande échelle pouvant entraîner par exemple, la listériose, par l'apparition de nouvelles souches résistantes aux antimicrobiens comme le Staphylococcus aureus résistant à la vancomycine (SARV), par la baisse des couvertures vaccinales, comme c'est le cas pour la rougeole, par la venue de phénomènes sociaux et l'adoption de comportement comme pour les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS), par le réchauffement du climat avec les zoonoses ou enfin par la grande mobilité des populations, comme avec l'Ebola par exemple. La réponse aux urgences de santé publique pour les agents infectieux transmissibles nécessite le maintien de la capacité globale de l'ensemble des partenaires du réseau.

Maladies évitables par la vaccination (MEV)

Avant l'avènement de la vaccination, les MEV représentaient un fardeau sanitaire très important tant par leur taux d'incidence, leur morbidité et la mortalité qu'elles engendraient. Ce fardeau s'est nettement allégé depuis.

L'introduction de nouveaux vaccins a permis des pas de géants dans la lutte contre les maladies infectieuses évitables.

Au fil des ans, ces vaccins ont permis l'élimination de nombreuses maladies bactériennes et virales, comme pour la poliomyélite ou la diphtérie ainsi que le contrôle de maladies, comme le tétanos ou la rougeole. Pourtant plusieurs, dont certains parents, hésitent à se prévaloir de la vaccination qui contribue à protéger leur santé et celle de leurs

proches. Différentes stratégies visant à rehausser l'accessibilité à la vaccination et à en faire la promotion ont été développées. Le déploiement de ces stratégies efficaces permet d'augmenter les couvertures vaccinales. D'ailleurs, le respect du calendrier de vaccination est essentiel afin d'assurer la protection des enfants au moment où ils sont les plus vulnérables. Les retards de vaccination ont des impacts sur les couvertures vaccinales et augmentent le risque de maladies évitables par la vaccination.

La vaccination contre la grippe, chaque année, constitue le meilleur moyen de se protéger contre la maladie et ses complications. Bien que le nombre de personnes vaccinées contre la grippe semble lentement progresser, les couvertures vaccinales sont bien en deçà du 80 % fixé pour plusieurs clientèles vulnérables, notamment les personnes âgées de plus de 60 ans, les personnes atteintes de maladies chroniques, les femmes enceintes, les bébés ainsi que leurs proches. Il en est de même pour les travailleurs de la santé, dont la couverture vaccinale se situait à seulement 30 % en Chaudière-Appalaches en 2012-2013, proportion plus faible qu'ailleurs au Québec (43 %)⁴⁸. Les efforts consentis à rejoindre les travailleurs de la santé pour la vaccination contre la grippe doivent être maintenus considérant qu'ils sont à la fois susceptibles d'être en contact avec le virus et de le transmettre aux personnes vulnérables.

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Bien qu'elles puissent être évitées, les ITSS ont pourtant littéralement explosé au cours des dix dernières années. À titre d'exemple, notons que le nombre d'infections à chlamydia a presque doublé dans notre région au cours de cette période. Au cours de la dernière année, 732 infections à chlamydia, 14 infections gonococciques et 16 syphilis ont été déclarées en Chaudière-Appalaches⁴⁹. La syphilis, qui était presque disparue pendant plusieurs années, atteint maintenant des femmes en âge de procréer, rendant ainsi bien réelle la menace de syphilis congénitale et ses conséquences sur le bébé. De plus, on observe une résistance aux antibiotiques de certaines infections, comme la gonorrhée, contribuant ainsi à la propagation accrue de la maladie et pouvant mener à des échecs au traitement.

Les ITSS ne sont pas bénignes, leurs coûts humains et sociaux sont importants :

- problèmes interpersonnels : difficulté à divulguer sa condition entre les partenaires ou avec les partenaires antérieurs;
- conséquences sur la santé telles que l'infertilité, les grossesses ectopiques, les maladies chroniques, la cirrhose du foie, le cancer, les conséquences sur les nouveau-nés de mères infectées, etc.
- conséquences sociales : discrimination, ostracisme, violence, etc.

Certains groupes de la population sont plus touchés que d'autres, soit à cause de leur vulnérabilité physiologique ou sociale, soit parce qu'ils adoptent des comportements ou des habitudes de vie plus risqués. Ces groupes sont, pour la plupart, sans voix et ils réclament peu de services du réseau de la santé en lien avec des problèmes d'ITSS.

La recrudescence des ITSS impose de revoir les façons de faire dans la lutte contre ces infections. C'est un réel défi d'intervenir efficacement pour prévenir les infections et organiser les services appropriés selon les groupes touchés. Les stratégies d'intervention reconnues efficaces comprennent entre autres :

- Pour les jeunes en milieu scolaire secondaire et collégial : le jumelage de l'éducation à la sexualité aux interventions éducatives de prévention en ITSS, l'accessibilité aux condoms, au dépistage, à la détection et au traitement des cas et des partenaires.
- Pour les populations vulnérables : accès à des services de proximité adaptés, qui incluent le dépistage et le traitement des ITSS, la vaccination, l'accès au matériel de protection et d'injection sécuritaire, dans une approche de réduction des méfaits.
- Le travail en réseau : en réunissant les cliniciens, médecins spécialistes, gestionnaires, organismes communautaires, établissements fréquentés par ces groupes et autres partenaires du milieu.

Les infections nosocomiales

Chaque année, le traitement et la prise en charge de centaines de patients sont compliqués par des infections acquises lors de soins de santé. Les infections nosocomiales causent une augmentation de la morbidité, de la mortalité ainsi qu'une prolongation de l'hospitalisation, mais constituent aussi un lourd fardeau financier pour le système de soins de santé.

- Pour l'année 2013-2014, près de 120 éclosions ont été déclarées dans la région de la Chaudière-Appalaches pour divers milieux de soins (H, CH, RPA, etc.) pour des types d'infections nosocomiales tels que la gastro-entérite (53), la diarrhée associée à *Clostridium difficile* (19), le syndrome d'allure grippale (17), l'influenza (15), l'Entérocoques Résistants à la Vancomycine (4), le *Staphylococcus Aureus* Résistant à la Méthicilline (1)⁵⁰.
- Au cours de trois des quatre dernières années, la région a été identifiée comme étant la région avec les taux d'incidence de *Clostridium difficile* les plus élevés au Québec, avec un taux de 10,9 pour 10 000 patients jours-présence comparativement à 7,1 pour l'ensemble des autres régions du Québec⁵⁰.

La majorité des infections nosocomiales, ainsi que leurs conséquences, sont évitables. La mise en place d'actions de prévention et de contrôle des infections, structurée au sein d'un programme adapté aux réalités des établissements, permet de réduire efficacement la transmission d'infections dans les milieux de soins. Ces mesures, basées sur les meilleures pratiques et une expertise à jour, sont très rentables; elles doivent être appuyées par une culture de prévention, un engagement organisationnel, un système de vigie et de surveillance sensible et réactif ainsi que les capacités adaptatives de l'établissement en situation d'éclosion.

Santé environnementale

L'environnement et le milieu de vie en constante évolution

Alors que la population croît, que l'industrie développe de nouveaux procédés et matières premières (gaz de schiste), que les villes s'étendent, que l'agriculture s'industrialise (industrie porcine, utilisation de pesticides) que des projets d'envergure s'implantent (route 112, éoliennes) et que des changements climatiques deviennent préoccupants (inondations, chaleur accablante, rayons ultraviolets (UV)) des actions doivent être réalisées continuellement afin de protéger la santé des communautés. L'exemple de l'accident ferroviaire de Lac-Mégantic et du déversement de pétrole brut ainsi occasionné dans la rivière Chaudière démontre que des urgences environnementales peuvent avoir des impacts considérables et persistants sur la vie de communautés entières en un instant.

La qualité de l'eau

Pour être en santé, il est nécessaire de boire de l'eau chaque jour. Quel que soit la source d'approvisionnement, l'eau doit être de qualité afin d'éviter que son ingestion ou son contact entraîne des problèmes de santé aigus ou chroniques. La majorité de la population de Chaudière-Appalaches est desservie par des réseaux d'eau potable, plus de 340 réseaux, pour lesquels environ 135 situations potentielles de contamination microbiologique et chimique sont traitées annuellement. Les contaminations microbiologiques sont liées le plus souvent à des équipements défectueux, usés ou à de mauvaises pratiques. Les causes des contaminations chimiques sont, quant à elles, nombreuses et peuvent être liées, par exemple, à des tuyaux qui libèrent du plomb dans l'eau ou à certains types de sol dans la région qui entraînent des contaminations dites naturelles comme la présence d'arsenic dans l'eau.

Considérant la composante rurale significative de la région, une partie importante de la population est approvisionnée par un puits privé (environ 17 %), proportion plus grande qu'ailleurs au Québec (10 %). La sécurité de cette eau relève du propriétaire du puits, lequel croit souvent à tort qu'une eau limpide et claire, sans goût ni odeur est garante d'une absence de contamination. Des actions de sensibilisation doivent être réalisées auprès de cette population qui devrait connaître les bonnes pratiques d'entretien de leurs puits ainsi que les comportements sécuritaires à adopter lorsque la qualité de leur eau est incertaine.

La qualité de l'air

Dans le cadre de la vie quotidienne, 90 % du temps est passé à l'intérieur des bâtiments. Ainsi, lorsque l'air intérieur est contaminé par différentes sources comme le monoxyde de carbone, les moisissures, l'humidité excessive, l'amiante, le radon, le tabac, etc., les risques d'apparition ou d'aggravation de problèmes de santé augmentent, et ce, particulièrement pour les populations vulnérables, c'est-à-dire, les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes et les personnes souffrant de certaines maladies chroniques. Les contaminants de l'air extérieur comme l'amiante, le smog, les fumées, la légionelle, les poussières, l'herbe à poux, les odeurs, etc. peuvent aussi influencer la morbidité, la mortalité, la qualité de vie des communautés qui y sont exposées.

Les problèmes de santé associés à la qualité de l'air sont souvent confondus avec des maladies courantes, mais qui peuvent avoir des conséquences plus graves, voire létales s'ils ne sont pas correctement diagnostiqués et adéquatement pris en charge. Le défi est non seulement de prévenir, mais aussi de les détecter et les signaler, pour favoriser la prévention d'autres cas.

Sous le volet qualité de l'air, la région de la Chaudière-Appalaches présente certaines particularités. À titre d'exemple :

- La région se distingue en termes de maladies reliées ou potentiellement reliées à l'exposition à l'amiante : le taux d'incidence du mésothéliome de la plèvre est de 2,7/100 000, ce qui est significativement supérieur à ce qui est observé ailleurs au Québec (1,9 fois plus élevé)⁵¹. Les enquêtes épidémiologiques réalisées démontrent que ces cancers ne seraient pas exclusivement liés à une exposition professionnelle.
- 10 % des cancers du poumon seraient attribuables à une exposition au radon. La constitution géologique particulière des sols en Chaudière-Appalaches serait plus propice à l'émission de radon, à l'instar des autres régions constituant les Basses-Terres du Saint-Laurent.
- Notons que les effets cancérigènes de l'amiante et du radon sont multipliés lorsqu'ils sont associés à une exposition concomitante au tabac.
- Plus de 40 % de la population réside dans une maison ou logement bâti avant 1971 et environ 7 % vit dans un logis nécessitant des réparations majeures⁵². Il s'agit de conditions d'habitation qui peuvent entraîner des problématiques de qualité de l'air intérieur et donc à risque de causer l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé, principalement de nature respiratoire.
- La santé et la qualité de vie de tout près de 43 000 citoyens de la région sont altérées par les symptômes d'allergie au pollen de l'herbe à poux. Les coûts de santé associés sont de l'ordre de 10,5 millions de dollars annuellement et sont appelés à croître en raison de l'allongement de la période de pollinisation relié aux changements climatiques.

Plusieurs maladies et décès reliés à l'environnement sont évitables par des mesures de prévention simples et reconnues efficaces. Par exemple, chaque année, environ 30 intoxications au monoxyde de carbone sont déclarées dans la région; elles sont survenues surtout dans le cours des activités courantes à la maison ou de loisirs. Pour les éviter, des activités de sensibilisation doivent être réalisées, entre autres, auprès des personnes les plus vulnérables ou à risque afin qu'elles puissent faire les choix qu'elles jugent appropriés pour protéger leur santé. Dans ce contexte, plusieurs organisations, dont les municipalités, les MRC, les partenaires d'autres ministères, ont aussi une capacité de contribuer à des actions prévention pour des milieux de vie sains et sécuritaires.

En conclusion

L'état de santé de la population s'est amélioré au cours des dernières années. Cependant, beaucoup reste à faire pour augmenter la performance du système de santé par des mesures plus intensives sur les causes des maladies, des blessures et des problèmes sociaux, et la réduction de disparités majeures, mais évitables, dans la région.

Avec le vieillissement attendu de la population, on peut anticiper une hausse du nombre de maladies chroniques qui augmentent avec l'âge : obésité, diabète, plusieurs types de cancer et maladies de l'appareil circulatoire en sont des exemples. Les prévenir et en réduire la gravité en amont, constitue un enjeu majeur. La littérature nous indique que ces mesures sont plus efficaces lorsqu'elles agissent sur les environnements et sur les contextes de vie qui les influencent ainsi qu'en impliquant les communautés.

Les accidents de la route, les chutes et le suicide, qui causent de nombreux décès dans la région, représentent de grands défis. Les expositions en milieu de travail, plus fréquentes qu'ailleurs au Québec, peuvent être évitées ou atténuées. Comme employeur majeur de la région, le réseau de la santé et des services sociaux, au même titre que les autres employeurs, a beaucoup à gagner en investissant pour favoriser la santé des travailleurs.

Accentuer les actions de promotion, de protection de la santé et de prévention, dès la petite enfance, contribuera à améliorer la santé et le bien-être de la population, à augmenter la performance par rapport à la santé de la population, à diminuer la pression sur les services de santé et les services sociaux et surtout, à améliorer la qualité de vie.

Défis pour améliorer la santé et prévenir les problèmes sociaux et de santé évitables

- S'engager avec les communautés et les autres acteurs pour rendre les contextes de vie et de travail plus favorables à la santé;
- Mettre en place des mécanismes pour suivre et réduire les différents types d'inégalités de santé, d'accès aux services et de conditions qui les influencent, dans tous les programmes;
- Améliorer les habitudes de vie en donnant priorité au développement d'environnements qui les favorisent, pour réduire les maladies chroniques évitables et favoriser le vieillissement en santé;
- Santé et environnement :
 - ♦ identifier précocement les facteurs de risque environnementaux et être vigilants face aux problématiques émergentes, pour conserver des milieux de vie sains et sécuritaires;
 - ♦ soutenir les communautés locales dans la gestion des situations où la qualité de l'eau, de l'air ou des sols présente des risques pour la santé et le bien-être de la population;
- Maladies infectieuses :
 - ♦ réduire l'incidence des infections nosocomiales par l'application des meilleures pratiques en prévention et de contrôle des infections;
 - ♦ prévenir les maladies évitables en préservant et en améliorant les couvertures vaccinales;
 - ♦ intervenir davantage auprès des jeunes en milieu scolaire afin de limiter les séquelles des ITSS;
 - ♦ adapter nos stratégies d'intervention en ITSS auprès des clientèles vulnérables;
- Tout-petits :

Intensifier les actions avec les familles et les autres milieux de vie des enfants pour favoriser un bon départ dans la vie de tous les enfants de la région : grossesse en santé, allaitement, alimentation, milieux de vie empreints de relations sensibles et stimulantes, avec un bon soutien social, un voisinage cohésif, une participation des familles et de bonnes conditions de vie; porter une attention particulière à ces facteurs au moment des transitions telles la naissance de l'enfant, l'intégration dans un service de garde et l'intégration scolaire.
- Jeunes :

Bien les outiller pour vivre des transitions harmonieuses et faire des choix judicieux, par exemple, en les accompagnant dans la prise en charge de leur santé et de leur développement comme futurs adultes, en favorisant une synergie entre l'école, la famille et la communauté pour susciter des environnements favorables à leur développement et à leur persévérance scolaire, et en s'attardant à certains défis spécifiques : liens entre sexualité, violence, dépendances, estime de soi et prise de risques.
- Adultes :
 - ♦ s'impliquer davantage pour prévenir les blessures accidentelles, notamment les accidents de la route, et le suicide;
 - ♦ prévenir les accidents de travail et les maladies professionnelles en réduisant l'exposition des travailleurs aux risques évitables dans leur milieu de travail; favoriser la prise en charge par les responsables concernés dans le milieu de travail, incluant le réseau de santé et de services sociaux;
 - ♦ faire des représentations pour donner un accès équitable aux mécanismes préventifs prévus par la loi à l'ensemble des milieux de travail;
 - ♦ réduire l'incidence et la gravité de maladies chroniques évitables, notamment les maladies cardiovasculaires et les cancers;
 - ♦ agir davantage pour prévenir la violence familiale, les dépendances et ainsi favoriser la santé mentale et le développement des enfants;
- Aînés :
 - ♦ favoriser le vieillissement en santé et la participation sociale;
 - ♦ prévenir les blessures dues aux chutes, la perte d'autonomie, l'isolement et les maladies chroniques.

Défis populationnels

- Intensifier les actions avec les familles et les autres milieux de vie des enfants pour favoriser un bon départ dans la vie de tous les enfants de la région et bien outiller les jeunes pour vivre des transitions harmonieuses et faire des choix judicieux;
- S'impliquer davantage pour prévenir les blessures accidentelles, notamment les accidents de la route, et le suicide chez les jeunes, les adultes et les aînés;
- Améliorer les habitudes de vie en donnant priorité au développement d'environnements favorables, pour réduire les maladies chroniques évitables et favoriser le vieillissement en santé;
- Améliorer la couverture vaccinale et mieux prévenir les ITSS et réduire l'incidence des infections nosocomiales;
- Identifier précocement les risques environnementaux notamment les problèmes émergents pour conserver des milieux de vie sains et protéger la santé de la population;
- Réduire l'exposition des travailleurs aux facteurs de risque évitables dans leur milieu de travail et ainsi prévenir les accidents de travail et les maladies professionnelles dans tous les secteurs d'activité;
- Agir davantage pour prévenir la violence familiale, les dépendances et ainsi favoriser la santé mentale et le développement des enfants;
- Favoriser le vieillissement en santé et la participation sociale des aînés et intensifier les mesures pour prévenir les blessures dues aux chutes, la perte d'autonomie, l'isolement et les maladies chroniques chez les aînés;
- S'engager avec les communautés et les secteurs concernés pour rendre les contextes de vie et de travail plus favorables à la santé;
- Mettre en place, dans les programmes, des mécanismes pour suivre et réduire les différents types d'inégalités de santé et d'accès aux services, ainsi que des conditions qui les influencent.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

Principales réalisations 2009-2014

Cette partie dresse la liste des principales réalisations de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches et du réseau régional entre les années 2009-2010 et 2013-2014. L'information y est présentée en 14 parties : responsabilité populationnelle; gestion et gouvernance; qualité et performance; santé publique; programme national de santé publique; services sociaux et communautaires; services de santé et de médecine universitaire; ressources financières; ressources informationnelles; ressources immobilières; circulation de l'information clinique; ressources humaines; accès aux services en langue anglaise; colloques et événements régionaux; et enfin, ententes régionales et intersectorielles. Les publications citées dans ce bilan sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.agencesss12.gouv.qc.ca>

Responsabilité populationnelle

- 2011.**
- Adoption, par le Forum des directeurs généraux (FDG), de l'énoncé de position *Vers un modèle de gestion intégrée de la responsabilité populationnelle* prenant assise sur la notion de RLS et le développement d'une culture de qualité, d'optimisation et de performance (FDG, 11 décembre 2011);
 - Accompagnement personnalisé offert aux CSSS et aux autres secteurs du RLS dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la portée d'activités prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP), le plan d'action régional (PAR) ou dans les plans d'action locaux (PAL) en lien avec la responsabilité populationnelle;
 - Ententes de service et de collaboration entre la direction de santé publique et les CSSS selon une approche de projet clinique dans le but de clarifier les services de santé publique prioritaires dans chaque territoire de RLS.
- 2013.**
- Association de l'Agence et des CSSS au consortium sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) en soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle;
 - Adoption de la *Stratégie sur l'approche populationnelle et le soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*;
 - Inscription de l'approche populationnelle à l'entente de gestion et d'imputabilité 2013-2014 en tant que toile de fond de l'organisation et de l'offre de services sociaux et de santé de la région, une attente signifiée par le président-directeur général aux établissements d'intégrer de nouvelles façons de définir et de mettre en œuvre les continuums et les parcours de services;
 - Suivi des recommandations du FDG découlant du chantier sur l'application de la responsabilité populationnelle à l'offre de service en santé publique 2013-2014;
 - Événement national sur la responsabilité populationnelle auquel a participé une centaine de représentants de la région.
- 2014.**
- Début du microprogramme en gestion du changement et responsabilité populationnelle de la région.

Gestion et gouvernance

Planification stratégique	2010. Adoption du Plan stratégique pluriannuel 2010-2015;
Nouveau modèle de gouvernance	2012. Entrée en vigueur du nouveau modèle de gouvernance basé sur des arrimages fonctionnels et intégrés entre les paliers de gouvernance central, régional et local et prenant assise sur les notions de RLS et de responsabilité populationnelle;
Entente de gestion et d'imputabilité	2013 à 2014. Inscription de six attentes et engagements signifiés par le président-directeur général au réseau régional dans l'Entente de gestion et d'imputabilité (EGI) : 1. L'exercice de la responsabilité populationnelle comme toile de fond de l'organisation de l'offre de services sociaux et de santé; 2. L'optimisation des services administratifs; 3. L'informatisation du réseau régional; 4. L'actualisation des comités stratégiques cliniques et administratifs; 5. L'organisation régionale des services médicaux spécialisés; 6. La constitution d'une organisation régionale intégrée en oncologie.

Comités stratégiques cliniques	Depuis 2012. • Adoption des mandats et de la composition des comités stratégiques cliniques et administratifs; • Mise en place des comités stratégiques cliniques et administratifs suivants : Déficience physique; Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement; Santé mentale; Soutien à l'autonomie des personnes âgées; Jeunesse; Dépendances; Responsables de santé publique; Ressources humaines; Optimisation; Direction de santé publique et direction générale; Lutte au cancer; Maladies vasculaires; Maltraitance; Projets d'optimisation. Quelques exemples d'impacts des comités stratégiques sur l'exercice de la responsabilité populationnelle et l'amélioration de la performance clinique (Source : Information en provenance des établissements dans le contexte du suivi de l'EGI 2014-2015, période 6, décembre 2014) • Accent sur les meilleures pratiques d'ici et d'ailleurs; • Amélioration de l'accès aux ressources de la communauté; • Amélioration de la performance de plusieurs trajectoires cliniques; • Arrimages des visions et des actions; • Augmentation de la participation des citoyens dans les projets collectifs; • Développement d'une vision globale d'un programme-service; • Meilleure implication des divers partenaires; • Meilleure lecture des réalités et des enjeux populationnels; • Mise en œuvre de chantiers de performance clinique et administrative; • Plus grande cohérence dans l'organisation régionale des services; • Réalisation de projets locaux significatifs; • Utilisation optimale des ressources humaines et financières.
Centre de documentation régional	2014. Création d'un centre régional de documentation issu du transfert des activités et des effectifs du centre de documentation de l'Agence vers le site Hôtel-Dieu de Lévis, du CSSS Alphonse-Desjardins, afin de rendre disponible une offre de service de base en documentation à l'ensemble des établissements publics de la région.
Développement durable	2014. Adoption d'une Politique de développement durable visant l'intégration du développement durable dans les activités médicales et administratives de l'Agence, en conformité du <i>Plan d'action de développement durable 2009-2015 – Prévenir et Agir</i>.

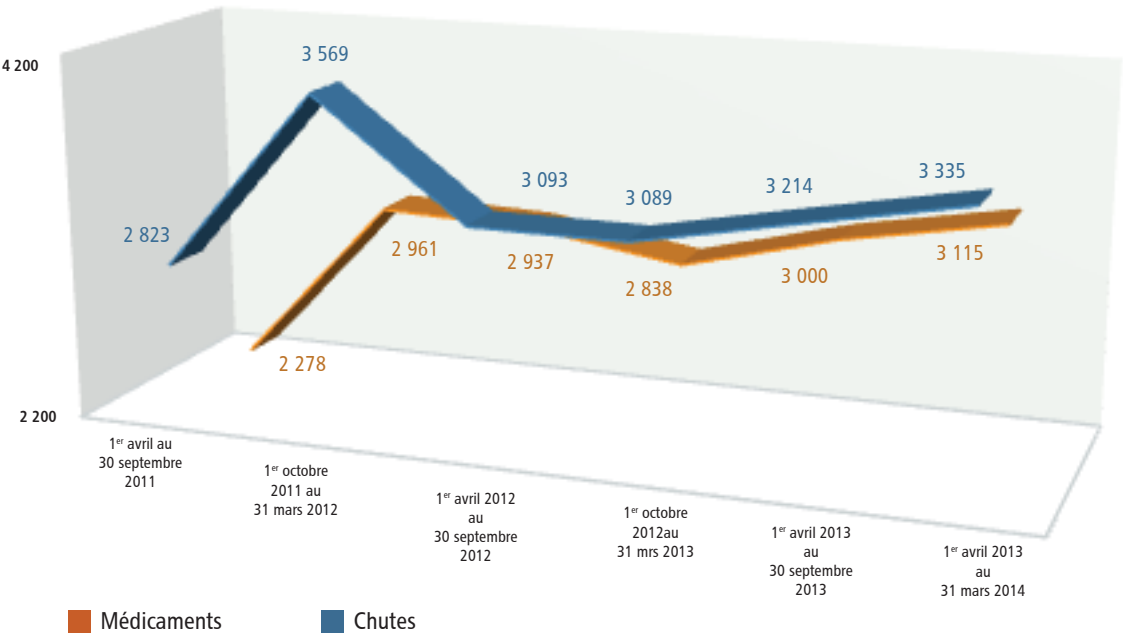
Qualité et performance

Gestion des risques et de la sécurité des soins et des services	2009. • Utilisation obligatoire du formulaire AH-223 de déclaration des incidents et accidents pour tous les établissements, en lien avec le déploiement du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) (logiciel national); • Formation d'une durée de 2 jours sur l'analyse des causes souches (ACS) et l'analyse des modes de défaillances et de leurs effets (AMDE) à l'intention des gestionnaires de risques et des responsables qualité des établissements. Entre 2009 et 2013. Déploiement de la formation sur l'approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) dans les hôpitaux offrant des services d'obstétrique (durée de 3 ans).
--	--

Rapports semestriels	Centres de santé et de services sociaux		Centres de réadaptation		Établissements privés conventionnés		Total	
	Chutes	Médic.	Chutes	Médic.	Chutes	Médic.	Chutes	Médic.
1 ^{er} avril au 30 sept. 2011	2 823	2 278	172	133	287	29	3 282	2 440
1 ^{er} oct. 2011 au 31 mars 2012	3 569	2 961	168	137	271	168	4 008	3 266
1 ^{er} avril 2012 au 30 sept. 2012	3 093	2 937	180	181	273	117	3 546	3 235
1 ^{er} oct. 2012 au 31 mars 2013	3 089	2 838	115	126	410	127	3 614	3 091
1 ^{er} avril 2013 au 30 sept. 2013	3 214	3 000	201	142	504	151	3 919	3 293
1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014	3 335	3 115	175	155	437	126	3 947	3 396
Total	19 123	17 129	1011	874	2182	718	22 316	18 721

Note : CSSS Alphonse-Desjardins; les données incluent les déclarations en provenance du site

Évolution des incidents/accidents ayant pour cause les chutes ou les médicaments dans un CSSS entre le 1^{er} avril 2011 et le 31 mars 2014

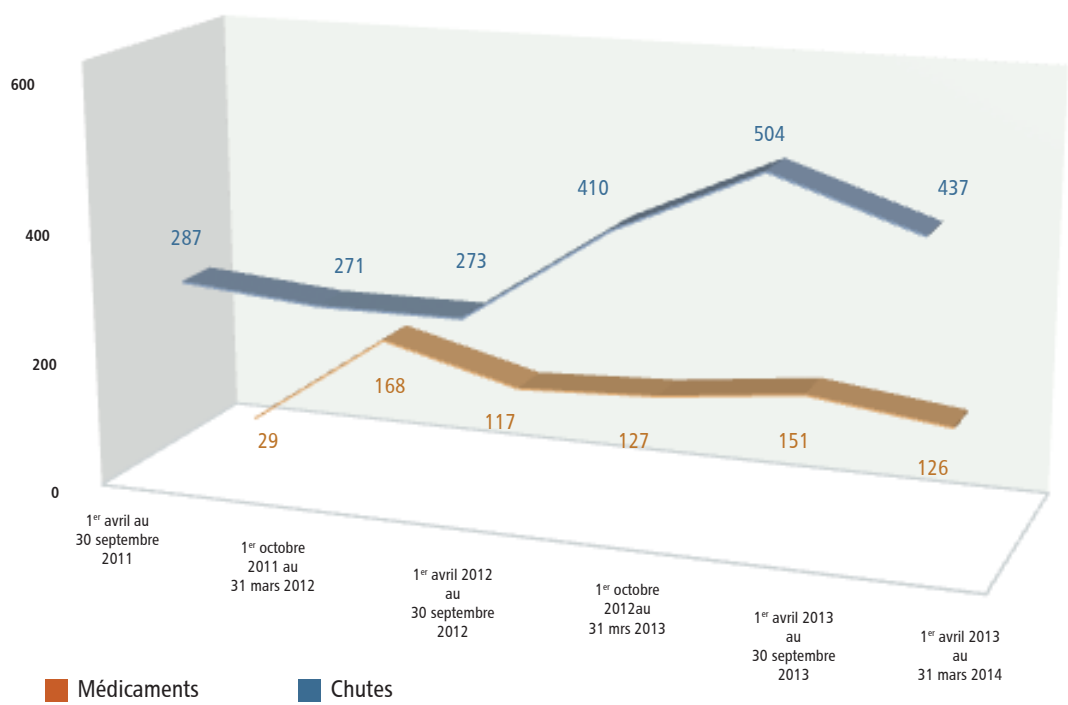


Note : CSSS Alphonse-Desjardins; les données incluent les déclarations en provenance du site HDL

Évolution des incidents/accidents ayant pour cause les chutes ou les médicaments dans un CR entre le 1^{er} avril 2011 et le 31 mars 2014

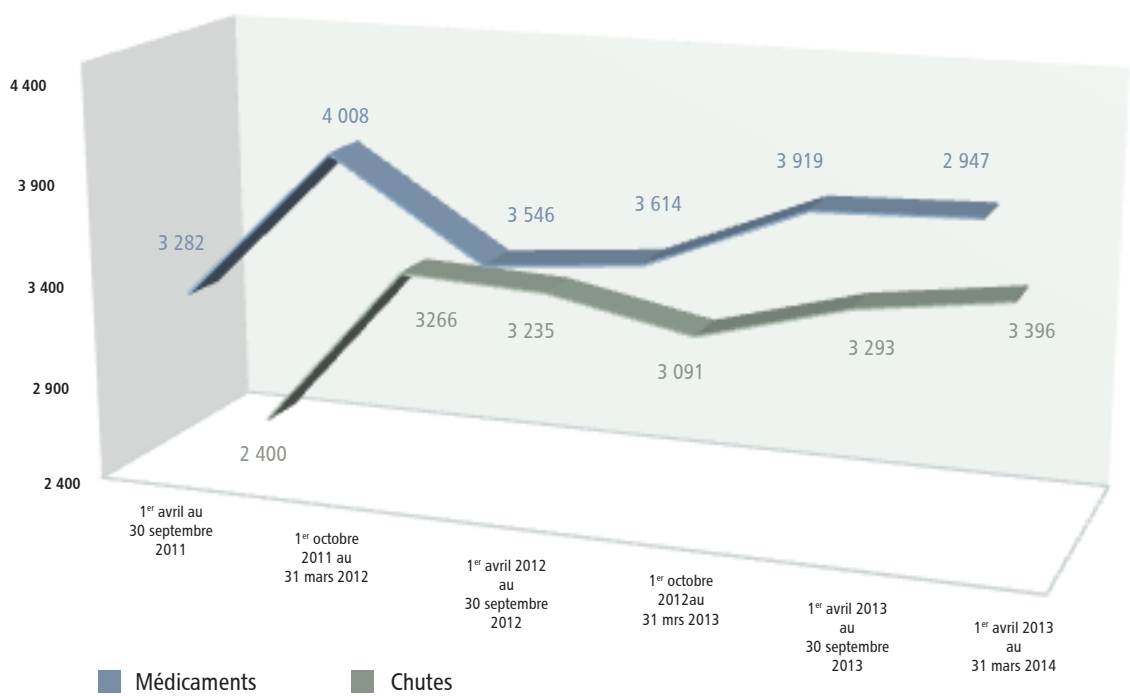


Évolution des incidents/accidents ayant pour cause les chutes ou les médicaments dans un ETP entre le 1^{er} avril 2011 et le 31 mars 2014



Note : Établissements privés conventionnés : les données n’incluent pas les Centres d’hébergement Champlain–Chanoine-Audet, Centre d’hébergement Champlain-de-L’Assomption ainsi que le Centre d’hébergement et de soins de longue durée VIGI Notre-Dame de Lourdes, celles-ci étant respectivement intégrées dans les données du Groupe Champlain et Vigi-Santé

Évolution de l’ensemble des incidents/accidents ayant pour cause les chutes ou les médicaments entre le 1^{er} avril 2011 et le 31 mars 2014



Certification et reconnaissance	2010. Début du processus de certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique 2012. Bonification et resserrement des procédures et des modalités de suivi des recommandations en provenance de différentes instances et organisations (Protecteur du citoyen; enquêtes de coroner; visites ministérielles, etc.) 2013. - Processus de reconnaissance des ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familiales (RTF) en application de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives (LRR); - Adoption de la Politique administrative au regard de la reconnaissance des RI et RTF; 2014. Application du nouveau Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés entré en vigueur le 13 mars 2013.
Qualité des milieux de vie	2014. Mise en place d'une communauté de pratique des conseillères milieu de vie des établissements.

Visites ministérielles d'évaluation de la qualité du milieu de vie en centre d'hébergement
Période du 1^{er} avril au 31 mars 2014

Statut	Région		Province	
	Nombre	%	Nombre	%
Nombre d'établissements				
Publics	30	85,7	319	77,4
Privés conventionnés	5	14,3	59	14,3
Nombre de visites				
Publics	14	46,7	146	45,8
Privés conventionnés	3	60,0	32	54,2
Type de milieu de vie				
Très adéquat	4	23,5	38	19,7
Acceptable	13	76,5	127	65,8
Préoccupant	0	0,0	28	14,5

Nombre moyen de recommandations par visite, selon le thème et le degré d'atteinte des cibles						
Thème	Cible atteinte en partie		Cible non-atteinte		Total	
	Région	Québec	Région	Québec	Région	Québec
Administration	1,5	15	0,6	1,2	2,1	2,7
Accueil résident	0,6	1,1	0,0	0,1	0,6	1,2
AVQ	2,1	2,2	1,5	2,2	3,5	4,4
Lieux adaptés	0,6	0,6	0,5	0,9	1,1	1,5
Fin de vie	0,7	0,5	0,3	0,3	1,0	0,8

Résidences privées pour aînés

Territoire de RLS	2011-2012		2012-2013		2013-2014	
	Nombre	Place	Nombre	Place	Nombre	Place
Beauce	34	1 777	29	1 741	28	1 728
Etchemins	15	306	15	306	14	299
Alphonse-Desjardins	91	3 576	84	3 429	83	3 630
Montmagny-L'Islet	34	747	32	768	34	831
Thetford	24	951	27	1 008	26	925
Total	198	7 357	187	7 252	185	7 413

Régime de traitement des plaintes

Plaintes conclues par l'Agence							
	Agence	Organismes communautaires	Résidences privées pour aînés	Services préhospitaliers d'urgence	Autres*	Total des plaintes	Interventions
2009-2010	1	3	47	11	2	64	23
2010-2011	2	9	23	12	2	48	40
2011-2012	37	11	20	11	4	83	77
2012-2013	12	14	22	8	1	57	65
2013-2014	4	4	26	7	3	44	62
Total	56	41	138	49	12	296	267

Courtage de connaissance

- 2012.
- Mise en place du courtage de connaissances visant à faciliter la prise de décision des dirigeants en recourant aux données probantes, aux meilleures pratiques et aux avis d'experts;
 - Mise en place d'une communauté de pratique composée des courtiers locaux et de la courtière de connaissances régionale afin d'accroître l'efficacité des services par l'utilisation des données probantes pour la prise de décisions clinico-administratives;
 - Adoption, par le FDG, du cadre de référence intitulé *Courtage de connaissances en Chaudière-Appalaches : un moyen pour l'amélioration de la performance*.
- 2014.
- Formations sur la méthodologie et les outils de courtage de connaissances destinées aux courtiers locaux (2 régionales et 3 locales).

Soutien à la performance

- 2012.
- Participation de l'Agence aux travaux ministériels en évaluation de la performance;
 - Désignation d'un responsable d'évaluation de la performance dans chacun des établissements et à l'Agence;
 - Analyse de la productivité évolutive et comparative pour chaque établissement : production d'un outil de référence et de soutien à l'appropriation par les établissements; analyse personnalisée de la performance des établissements.
- 2013.
- Constitution d'une équipe de soutien à la performance à l'Agence.

Prix d'excellence

Prix provinciaux	2009. • Centre jeunesse Chaudière-Appalaches (CJCA). Services intégrés pour l'autonomie des jeunes en difficulté; • CSSS Alphonse-Desjardins. Révision du circuit du médicament en CHSLD. 2010. CSSS Alphonse-Desjardins. Programme destiné à une clientèle atteinte de Parkinson. 2011. CSSS de Montmagny-L'Islet. Une vision de soins intégrés auprès de la clientèle âgée. 2012. La Maison de la famille de la MRC de L'Islet. « Cuisinons entre petits bedons », activité de cuisine collective offerte aux enfants de niveau primaire des onze écoles de la MRC
Prix régionaux	2009. • Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches (CRDPCA). Programme de dépistage du traumatisme craniocérébral léger; • Les Nouveaux Sentiers de la MRC de L'Islet. Programme « Nutri-forme en santé mentale »; • Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis. Le disque d'Or « Mille et un souvenirs... »; • CSSS Alphonse-Desjardins. Révision du circuit du médicament CHSLD; • CJCA. Services intégrés pour l'autonomie des jeunes en difficulté. 2010. • CSSS Alphonse-Desjardins. Programme pour une clientèle atteinte de Parkinson; • CSSS de la région de Thetford. Se concerter, transformer et innover pour revitaliser une communauté; • CSSS de Beauce. Clinique de suivi obstétrical en milieu hospitalier; • CSSS de Montmagny-L'Islet. Intègre-Action; • L'organisme communautaire Maison de l'Odyssée pour joueurs compulsifs. Éviter le piège. 2011. • CSSS de Montmagny-L'Islet. La malnutrition des aînés, dépister pour mieux comprendre; • CJCA. Ensemble, prenons soin de nos enfants; • CSSS de Montmagny-L'Islet. Vision de soins intégrés auprès de la clientèle âgée; • CSSS Alphonse-Desjardins en partenariat avec le Service d'extension de la main-d'oeuvre Chaudière-Appalaches. Sensibilisation auprès des employeurs de Bellechasse : Enfin, une solution à votre recherche de main-d'œuvre. 2012. • CSSS de Beauce. Intervention en cessation tabagique en milieu hospitalier; • CSSS de Montmagny-L'Islet. Évaluation de l'apnée du sommeil en mode ambulatoire; • CSSS Alphonse-Desjardins. Programme de réadaptation respiratoire en communauté; • CSSS de la région de Thetford. S'unir pour mieux soutenir les aînés et les proches aidants; • Maison de la famille de la MRC de L'Islet. Cuisinons entre petits bedons; • CALACS Chaudière-Appalaches. Services spécialisés pour les victimes mineures d'agression sexuelle. 2013. • CSSS Alphonse-Desjardins. Nouvel outil pour favoriser les quatre moments de l'hygiène des mains et pour contrer les infections nosocomiales : invention d'un support en aluminium anodisé; • Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED-CA). Le iPad au service des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement; • CSSS des Etchemins. Clinique jeunesse; • Parrainage Jeunesse. Ange Gardien; • Association d'entraide Communautaire La Fontaine. Répit autonomie, ensemble vers ma future vie! • CSSS Alphonse-Desjardins. Comité Pro-Action-Jeunesse Lotbinière.

Initiatives régionales de Chaudière-Appalaches	2009. • CSSS Alphonse-Desjardins. Vision gérontonomie : approche pour contrer le déclin fonctionnel des personnes âgées hospitalisées; • Centre d'hébergement de Saint-Jean-Port-Joli et de Saint-Eugène. Des jardins pour dynamiser les milieux de vie; • Le Havre, groupe d'aide et d'entraide pour la personne vivant avec un problème de santé mentale. Mise sur toi! 2010. • CSSS Alphonse-Desjardins. Intervenant cadeau en centre d'hébergement; • Corporation de développement communautaire de Bellechasse. Projet de sensibilisation auprès des employeurs de Bellechasse : Enfin une solution à votre recherche de main-d'œuvre; • CSSS de Montmagny-L'Islet. Un véhicule adapté pour l'inhalothérapie à domicile; • CJCA. Certification « Entreprise en santé élite ». 2011. • CSSS de Beauce. Gestion de l'information entre partenaires; • CSSS de Beauce. OTSO; • Les organismes Alliance – Jeunesse Chutes-de-la Chaudière. Travail de proximité; • Centre d'aide et de prévention Jeunesse. Travail de proximité. 2012. • CSSS Alphonse-Desjardins. Méthodologie séquentielle de validation de la liste d'attente pour un examen de coloscopie longue; • CSSS de la région de Thetford. Comité en prévention des troubles musculo-squelettiques; • CSSS des Etchemins. Transport collectif des Etchemins. 2013. • CSSS de Montmagny-L'Islet. Une banque régionale de recettes savoureuses pour les personnes âgées et bien plus! • CSSS de Beauce. Prévenir les éclosions en RPA? Pourquoi pas? • AMALGAME. « Le Flash »; • CRDITED-CA. « Faire la différence », une série d'émissions de radio sur la DI et les TED
Coup de coeur du jury	2009. CJCA. Services intégrés pour l'autonomie des jeunes en difficulté. 2010. CSSS Alphonse-Desjardins. Programme pour une clientèle atteinte de Parkinson.
Coup de coeur du PDG	2011. CRDITED-CA. Faire s'épanouir la différence. 2012. Entraide Solidarité Bellechasse. Rêve d'ainés : un tremplin à l'implication bénévole. 2013. CRDITED-CA. Le iPad au service des personnes ayant une DI ou un TED
Prix du public	2010. CRDPCA. Intégration de l'équitation thérapeutique comme modalité de réadaptation en déficience physique. 2011. CSSS de Montmagny-L'Islet. Au-delà de la musique. 2012. CRDITED-CA. H@bilenet. 2013. CRDITED-CA. « Le projet Pompier : une sensibilisation des pompiers de Lévis à la DI et aux TED ».
Prix hommage	2012. CSSS de la région de Thetford. Madame Aline Rahal Visser. 2013. CSSS des Etchemins. Monsieur Pierre-Yves Vachon.

Généralités	En continu. Publication annuelle du bilan des activités réalisées en milieu scolaire du Plan d'action régional de santé dentaire publique. 2010. • Publication du <i>Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : Prévenir les cancers tous ensemble</i>; • <i>Détermination des priorités du directeur de santé publique sur le cancer</i>; • <i>Recueil statistique du rapport du directeur de santé publique sur le cancer</i>. Entre 2011 et 2013. Publication des rapports et documents suivants : • <i>Portrait de santé 2011 : fenêtre sur Chaudière-Appalaches. Un coup d'œil rapide sur les différences par rapport au Québec</i>; • <i>Portrait de santé des enfants de 1 à 5 ans de la région de la Chaudière-Appalaches (1 portrait par CSSS)</i>; • <i>La survie suite à un cancer</i>; • <i>État de la situation du cancer en Chaudière-Appalaches</i>. 2012. Adoption, par le FDG, des pistes de recommandation découlant des travaux du comité directeur de la démarche d'optimisation <i>Application de la responsabilité populationnelle à l'offre de service en santé publique</i> (FDG, mai 2012). 2013. <i>Portrait de santé des hommes</i>. 2014. Publication du document intitulé <i>Résultats de l'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire en Chaudière-Appalaches pour 2010-2011</i>.
-------------	---

Programme national de santé publique (PNSP)

Actualisation de diverses mesures prévues au PNSP 2008-2012 au regard des 6 volets suivants :

Développement, adaptation et intégration sociale

Périnatalité et petite enfance	2012. Mise en œuvre du programme <i>Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)</i> s'adressant aux mères n'ayant pas obtenu de diplôme de cinquième secondaire et vivant sous le seuil de faible revenu. 2014. • Renouvellement de la certification « Ami des bébés » (programme qui favorise la mise en place des pratiques favorables à l'allaitement) de la Maison de naissance Mimosa, première maison de naissance certifiée au Canada en janvier 2005; • Tournée locale de diffusion des données de l'<i>Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM)</i>. Sensibilisation et mobilisation de nouveaux acteurs pour la mise en place d'une initiative concertée pour le développement des jeunes enfants (ICIDJE). En continu. Déploiement d'un plan de formation et de soutien aux établissements afin de mettre graduellement en place les dix conditions de l'Initiative Amis des bébés, de manière à promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel.
--------------------------------	---

Suicide	2009. Entente ayant pour titre Action jeunesse structurante visant la prévention du suicide auprès de la clientèle des centres de formation professionnelle et d'éducation des adultes de la région de la Chaudière-Appalaches. 2012. • Publication du rapport intitulé <i>Évaluation de l'implantation des protocoles RÉMI : résultats obtenus pour le volet qualitatif</i>; • Publication du <i>Cadre de référence pour soutenir et poursuivre l'action jeunesse structurante en prévention du suicide</i>. 2013. • Fonctionnalité et proactivité des projets Réagir, Mobiliser, Intervenir (REMI) dans tous les RLS; • Bilan des orientations régionales sur la mise en œuvre de l'approche intégrée en prévention du suicide. 2014. Attribution du mandat régional du volet Soutien à l'intervention et postvention à l'équipe Info-Santé et Urgence-Détresse au CSSS de Beauce pour une durée de 3 ans. En continu. Planification et réalisations d'actions dans tout le continuum de services afin de réduire le nombre de suicides, particulièrement chez les hommes âgés de 20 et 49 ans.
Habitudes de vie et maladies chroniques Dépistage du cancer du sein	En continu. Mise en place d'actions diverses visant à intensifier le taux de participation des femmes au programme québécois de dépistage du cancer du sein, dont : diversification des stratégies de promotion; accroissement des efforts de promotion auprès des femmes en début de cinquantaine pour augmenter leur participation à une première mammographie; amélioration de l'expérience vécue par les femmes après leur première mammographie de dépistage; évaluation de chaque étape du processus afin de favoriser la persévérance dans le programme; développement de la complémentarité entre les actions locales, régionales et provinciales.
Suicide	2009. • Consolidation des postes d'agents de promotion de saines habitudes de vie dans les CSSS, dont le mandat principal est de susciter le développement d'environnements favorables à l'amélioration des habitudes de vie des citoyens. Soutien en continu par les ressources régionales; • Évaluation d'implantation du nouveau modèle de promotion de l'activité physique du programme Kino-Québec; • Région hôte des Journées de santé dentaire publique du Québec avec le thème : Des activités à consolider. 2010. • Adoption d'une politique alimentaire en suivi du Plan d'action gouvernemental 2006-2012 et implantation dans le réseau (2012 à ce jour); • Publication du <i>Rapport du directeur de santé publique intitulé Prévenir les cancers tous ensemble avec une section sur les habitudes de vie</i>; • Journée de formation auprès des éducateurs physiques et autres intervenants en mode de vie physiquement actif concernant l'avis scientifique de Kino sur l'activité physique des jeunes. 2011. Élaboration de recommandations sur la promotion des saines habitudes de vie tout au long du continuum de soins et de services en cancer à la suite du <i>Rapport du directeur de santé publique sur le cancer</i>. 2012. Formation de médecins et de professionnels sur l'entrevue motivationnelle afin d'intégrer les saines habitudes de vie dans les services cliniques de 1^{re} ligne et pour les infirmières pivots en oncologie.

Suicide	En continu. • Dépistage des élèves à risque élevé de carie avec un suivi préventif individualisé comprenant des instructions d'hygiène et de saine nutrition, de la fluorothérapie et des applications d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire; • Production d'outils d'information et de promotion qui couvrent notamment l'ensemble des pratiques cliniques préventives identifiées dans le Plan d'action de santé dentaire publique du PNSP; • Lancement, par les neuf organismes partenaires du réseau VIACTIVE, des quatre premiers ateliers d'une série de douze du programme Vivre en équilibre à nous de jouer!, offert en complément aux séances VIACTIVE.
Traumatismes non-intentionnels	
Traumatismes routiers	2009. Publication du rapport intitulé <i>Les traumatismes non intentionnels en Chaudière-Appalaches: bilan statistique de mortalité et des hospitalisations.</i> En continu. • Actions concertées avec les partenaires intersectoriels concernés par la problématique de décès survenant sur la route et particulièrement affectés par les accidents impliquant des conducteurs en état d'ébriété; • Activités de promotion de la sécurité routière et de prévention de l'alcool au volant.
Chutes chez les aînés	2009. Projets pilotes pour l'implantation du programme Intervention multifactorielle personnalisée (IMP) au regard de la prévention des chutes aux CSSS de Beauce et des Etchemins : constats positifs. 2010. • Évaluation de l'implantation du programme de prévention des chutes : (implantation limitée); • Élargissement du programme d'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) aux CSSS Alphonse-Desjardins, Montmagny-L'Islet et de la région de Thetford. 2013. Comité de révision du continuum régional de prévention des chutes dont le mandat était de présenter des recommandations au comité stratégique régional Soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) afin de bonifier le continuum de services en prévention des chutes.
Maladies infectieuses	
Infections nosocomiales	2010. Formation pour la gestion des éclosions en centres d'hébergement. 2011. Adoption du <i>Plan d'action régional en prévention et contrôle des infections nosocomiales 2011-2015.</i> 2010 à 2014. Élaboration et contribution au déploiement de la trajectoire de services entre les CSSS et les résidences privées pour aînés (RPA) et mise en place d'un réseau de soutien pour la prévention et le contrôle des infections. 2011 à 2014. Participation aux travaux de la Table régionale en prévention des infections nosocomiales (TRPIN) et bilans du Plan d'action régional. 2014. Formation aux exploitants des RPA concernant la prévention et le contrôle des infections. En continu. • Travaux visant le rapprochement de la moyenne provinciale relativement aux taux d'incidence des infections nosocomiales, particulièrement pour les diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i>;

Infections nosocomiales	En continu. • Soutien aux établissements en situation d'éclosions particulières ou à risque de transmission de maladies infectieuses; • Développement d'outils de surveillance et de suivi des taux d'incidence pour les diarrhées associées au Clostridium difficile, à chaque période et pour chaque établissement.
Immunisation	2010. Campagne de vaccination massive contre le virus A (H1N1). 2011. • Opération de rattrapage en milieu scolaire commandée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour contrer l'éclosion de rougeole et obtenir une couverture vaccinale totale du vaccin Rougeole, Rubéole et Oreillons (RRO). Résultat : couverture vaccinale contre la rougeole de 92,9 %, comparativement à 79,1 % pour l'ensemble du Québec; • Implantation du nouveau programme de vaccination universel contre le rotavirus. 2013. Mise en place d'un nouveau programme, commandé par le MSSS, contre le méningocoque C en secondaire 3. 2014. Entente relative à la vaccination contre l'hépatite B dans les ressources d'hébergement entre la DSP, le CSSS et le CRD : opérations de rattrapage de la vaccination pour les personnes qui vivent ou travaillent dans ces ressources d'hébergement pour la clientèle DI ou ayant déjà vécu en institution. En continu. Travaux visant à promouvoir la vaccination influenza des travailleurs de la santé.
Maladies à déclaration obligatoire (MADO)	2013. Interventions de masse dans des services de garde pour la protection des enfants à la suite d'infections à méningocoque. En continu. Enquêtes, par le service de garde professionnelle de jour (médecins et infirmières) et le service de garde médicale en dehors des heures ouvrables, sur les maladies et éclosions de nature infectieuse à déclaration obligatoire.
Activités de prévention en ITSS	2009. Projet de cartographie des populations vulnérables et mise en place de services d'interventions préventives (dépistage, counseling Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires sexuels (IPPAP)) en partenariat avec les CSSS et des organismes communautaires. 2012. Programme d'accès au matériel d'injection stérile (protection à l'exposition aux virus de l'hépatite B et C et au virus de l'immunodéficience acquise humaine). 2013. • Augmentation des activités de dépistage en milieu scolaire pour les jeunes de 12 à 17 ans, ainsi que les jeunes adultes (centre d'éducation aux adultes et de formation professionnelle); • Augmentation du nombre de pharmacies participant au programme d'accès au matériel d'injection stérile : 46 centres d'accès dont 15 en CLSC, 5 en hôpitaux et 26 en pharmacies communautaires; • Augmentation des activités de distribution de condoms aux populations à risques et vulnérables. En continu. • Maintien des services intégrés de dépistage et d'interventions préventives (SIDEPI) dans tous les CSSS; • Interventions de démystification de l'homosexualité réalisées par l'organisme communautaire Groupe régional d'intervention sociale (GRIS) : depuis 14 ans, 3 163 groupes de secondaire 3 ou 4 ont été rejoints, ce qui correspondrait à 140 000 jeunes de la région.

Santé environnementale

Avis sur les impacts à la santé	2012. Publication du rapport intitulé <i>Perception, comportements et prévention face aux risques d'intoxication et de décès chez les producteurs de porcs de la région de la Chaudière-Appalaches</i>; 2013. Production des bilans des problématiques d'eau potable et de qualité de l'air intérieur pour la région de la Chaudière-Appalaches et pour chacun des territoires de CSSS; 2014. Publication du mémoire collectif portant sur les gaz de schiste à titre de coauteur. En continu : • Réponse aux demandes d'avis provenant des promoteurs de projets industriels récréotouristiques ou de développement économique afin d'évaluer leurs impacts sur la santé et recommander des mesures concrètes pour les minimiser, par exemple : projet de relocalisation de la route 112, projet d'éoliennes, décontamination des sols; • Avis sur les risques à la santé pour la population de la ville de Thetford relativement à la présence de fibres d'amiante dans l'air ambiant; • Évaluation de différents projets régionaux majeurs d'application de mesures d'urgence ayant un impact sur la santé humaine; • Analyse de modifications apportées aux schémas d'aménagement et de développement des MRC et de leurs impacts sur la santé à raison d'une quarantaine par année.
Sensibilisation à l'égard des agresseurs chimiques, biologiques et physiques dans l'eau, l'air et le sol ayant un impact à la santé	2010. Publication du rapport intitulé <i>Évaluation de l'observance des avis de faire bouillir l'eau potable : rapport de recherche</i>. 2011. Entente de collaboration avec la Société canadienne du cancer pour la réalisation d'ateliers de sensibilisation des jeunes en regard au cancer de la peau dans les camps municipaux de l'ensemble de la région. 2012. Développement d'activités de sensibilisation visant les parents des tout-petits à l'égard des rayons UV. En continu : • Participation au processus de gestion de risque en situations potentielles de contamination de l'eau desservie par des réseaux d'alimentation soit en moyenne 135 épisodes annuellement pour la région; • Surveillance continue de la qualité de l'air à Thetford Mines en lien avec les travaux de relocalisation de la route 112 et participation au processus de concertation interministérielle pour la gestion du risque; • Campagne de sensibilisation à l'analyse de l'eau des puits privés auprès des MRC, municipalités, organismes de bassins versants, laboratoires accrédités et compagnies de traitement de l'eau; • Campagne de sensibilisation visant les clientèles vulnérables (enfants de 0 à 18 ans, personnes âgées, personnes atteintes de maladies chroniques) et les milieux de vie (garderie, école, milieux de soins, municipalités) à l'égard des agresseurs liés aux événements météorologiques extrêmes comme les rayons UV, la chaleur accablante et les inondations.
Réponses aux urgences de nature environnementale	En continu. • Système de garde médicale en dehors des heures ouvrables afin de répondre aux demandes des partenaires lors de situations d'urgence environnementale présentant un risque à la santé humaine : déversement, intoxications, inondation, explosion, etc.; • Réalisation d'enquêtes épidémiologiques et d'interventions de protection suite à des déclarations de maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique, plus de 60 par année, ou d'origine hydrique telle que la légionellose; • Enquêtes épidémiologiques et interventions de protection suite à des signalements ainsi que réponses aux demandes d'informations provenant de partenaires et de la population, soit environ 130 par année.

Santé au travail

Enquêtes sur les MADO	2013. Publication du rapport intitulé <i>Maladies de l’amiante dans la MRC des Appalaches</i>. En continu. Enquêtes sur des situations d’intoxication de travailleurs au monoxyde de carbone ou ayant développé des maladies telles l’amiantose, le cancer du poumon et le mésothéliome de la plèvre à la suite de l’exposition aux fibres d’amiante.
Lésions professionnelles	2011. - Publication du rapport intitulé <i>Bilan des interventions à l’égard du bruit environnemental dans les directions de santé publique;</i> - Publication du rapport intitulé <i>Le bruit comme facteur explicatif dans les enquêtes pour accidents mortels au travail.</i> 2012. Publication du rapport intitulé <i>Perceptions à l’égard des risques reliés à l’utilisation des outils vibrants en milieu manufacturier et industriel.</i>
Optimisation	2010 à 2013. - Finalisation de la dernière étape de réorganisation du Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT-CA) par l’intégration des ressources de santé au travail à l’équipe du CSSS de Montmagny-L’Islet pour les différents volets de l’offre de service, passant de sept à quatre points de services; - Réinvestissement des gains de l’optimisation dans les services à la clientèle. 2012 à 2014. Mise en place d’activités telles Kaizen, audit et sondages, dans le cadre d’un Plan d’action qualité au sein de la démarche d’amélioration continue spécifique au Réseau de santé publique en santé au travail en Chaudière-Appalaches (RSPSAT-CA).
Prévention des atteintes à la santé en milieu de travail	2010 à 2013. Organisation annuelle d’activités et d’évènements impliquant la clientèle et les partenaires autour de la promotion de la prévention des atteintes à la santé concernant des thèmes priorités dans les milieux de travail de notre région tels le bruit, la qualité de l’air et les troubles musculo-squelettiques.
Prévention des troubles musculo-squelettiques	2012 à 2014. - Projet de priorisation et de soutien à la prise en charge de la prévention des troubles musculo-squelettiques; - Organisation de l’offre de service auprès des établissements concernés; - Mise en place d’une trajectoire de services; - Rencontres d’information et de soutien auprès des personnes ressources concernées.
Surexposition aux facteurs de risque à la santé	2012 à 2014. Organisation et mise en place d’un soutien spécifique à la prise en charge de la réduction des surexpositions aux facteurs de risque à la santé (ex. : Registre des situations concernées et contrôlées, documentation des mesures préventives et recommandations, Plan d’action spécifique (PAS), procédure de signalement, collaboration interorganisationnelle, intervention d’information, etc.).
Surveillance de la santé des travailleurs	2014. Portrait régional de la surdité professionnelle dans le cadre du projet « Troubles de l’audition » du RSPSAT visant à soutenir les décisions de tous les partenaires en santé et sécurité au travail (SST) dans le processus de réévaluation et de planification des actions préventives reconnues efficaces à mettre en place afin de réduire l’incidence des surdités professionnelles dans les milieux de travail.
MADO reliées à l’exposition à l’amiante	2014. Participation au projet pilote de l’institut national de santé publique (INSPQ) pour trouver des moyens de faciliter la transmission des déclarations d’amiantose et de mésothéliome en collaboration avec trois centres hospitaliers de la province, dont celui de Thetford-Mines.
Urgences en milieu de travail	En continu. Mise en place d’un système de garde médicale en santé environnementale afin de répondre aux situations urgentes présentant une menace à la santé des travailleurs en dehors des heures ouvrables.

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

Soutien à l’implantation des pratiques cliniques préventives (PCP)

2010.
Embauche d’une infirmière pour soutenir l’implantation et l’intégration des pratiques cliniques préventives (PCP) auprès des clientèles présentant des maladies chroniques (maladie pulmonaire chronique, insuffisance cardiaque, soins de plaies complexes, diabète). Objectif : Consolider la structure de gestion de cas dans chaque établissement, assurer la continuité des services et soutenir les CSSS dans l’animation des RLS, notamment avec les cliniques médicales et groupes de médecine de famille (GMF).

Soutien à l’action intersectorielle

Approche École en santé	2010. Publication du rapport intitulé <i>Évaluation de la mise en œuvre de l’approche École en santé dans la région de la Chaudière-Appalaches de 2005 à 2010.</i> 2011. Signature d’une nouvelle <i>Entente régionale de partenariat concernant la coordination des interventions en promotion/prévention en contexte scolaire 2011-2016.</i>
Développement des communautés	2009. Publication et diffusion dans le réseau (2011) du rapport intitulé <i>Caractérisation des communautés locales de Chaudière-Appalaches : connaître et mobiliser pour mieux intervenir.</i> 2010. Démarche de caractérisation des communautés sous l’angle de 200 communautés locales ou milieux de vie distincts en fonction de variables socioéconomiques et sanitaires. 2010 à 2014. Participation continue et active de la santé publique aux projets locaux et régionaux de lutte à la pauvreté dans le cadre du programme Solidarité et inclusion sociale en Chaudière-Appalaches. 2011 à 2014. Accompagnement des CSSS pour l’adoption de politiques d’établissement en développement des communautés. 2011 à 2014. Développement d’un projet pour soutenir les acteurs locaux dans leurs pratiques de développement des communautés. 2012. Conclusion d’une deuxième Entente spécifique sur le soutien communautaire en logement social et communautaire 2013-2016 impliquant 18 partenaires intersectoriels.
Saines habitudes de vie	2009. Création de la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches coordonnée par l’Agence. Actions en déplacement actif, pour l’accessibilité à la saine alimentation et en communication. 2011. Tenue de 110 sessions de sensibilisation pour une vision commune des environnements favorables aux saines habitudes de vie auprès de 10 000 acteurs locaux et régionaux de tous les réseaux (2011-2014). 2011 et en continu. Formation des agents de promotion des saines habitudes de vie sur la prévention des cancers. 2012 à ce jour. Actions d’accompagnement et de support auprès des municipalités afin de favoriser l’intégration d’une politique municipale familiale dans le cadre du projet « Appuyer pour agir » de la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie, et ensuite avec l’implication des agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS, dans plus de 50 municipalités.

Saines habitudes de vie	2013. • Augmentation du nombre d'effectif à temps complet (ETC) d'agents de promotion des saines habitudes de vie dans chaque CSSS (objectif : trois ETC par secteur de CLSC en 2015, soit 33 ETC dans la région); • Formation régionale et soutien en continu aux professionnels des centres d'abandon du tabagisme. 2014. • Contribution au plan d'action régional de la <i>Stratégie de positionnement des aliments du Québec</i> • Coordination du Plan d'action 2014-2016 de la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches. 2014 à 2016. Formation pour les cuisiniers et les manipulateurs d'aliments pour toutes les écoles de la région. En continu. Actions d'accompagnement et de support auprès de 57 municipalités afin de favoriser l'intégration d'une politique familiale municipale dans le cadre du projet « Appuyer pour agir » de la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie.
Santé mentale	2012 à 2013. Élaboration d'un cadre de référence en promotion de la santé mentale et du bien-être. 2014. Démarche de planification en promotion de la santé mentale et du bien-être dans trois RLS (en cours).
Sécurité alimentaire	2010. Mise en place d'un comité intersectoriel régional sur la sécurité alimentaire avec 18 partenaires. 2012. Publication du rapport intitulé <i>Portrait des interventions en sécurité alimentaire en Chaudière-Appalaches : ampleur du phénomène; types d'interventions (cuisines collectives, groupes d'achat, jardins communautaires, dépannage alimentaire d'urgence).</i> 2013. • Publication du document intitulé <i>Comité régional pour la sécurité alimentaire en Chaudière-Appalaches – Cadre de référence;</i>
Sécurité alimentaire	• Publication du document intitulé <i>Plan d'action régional en sécurité alimentaire en Chaudière-Appalaches 2013-2018.</i> 2014. • Projet régional en sécurité alimentaire en soutien aux projets locaux dans le cadre du Plan d'action gouvernemental solidarité et inclusion sociale; • Étude sur l'accessibilité alimentaire dans quatre MRC de la région, en collaboration avec l'Université Laval.
Vieillessement en santé (VES)	2011 à 2013. En collaboration avec IPCDC, accompagnement du CSSS de la région de Thetford dans la mise en place de l'approche Vieillir en santé (VES). 2012 à ce jour. Accompagnement du CSSS Alphonse-Desjardins dans le déploiement, avec ses partenaires, d'une approche VES. 2013. Présentation au comité stratégique régional personnes âgées : Le vieillissement en santé en Chaudière-Appalaches et La promotion de la santé, un incontournable pour vieillir en santé.

Contribution des organismes communautaires en santé publique (36)

- 1 organisme en prévention du SIDA et démystification de l'homosexualité (3 292 personnes rejointes)
- 4 organismes de soutien aux jeunes mères et jeunes familles (4 202 personnes rejointes)
- 1 banque alimentaire (61 organismes d'aide alimentaire accrédités desservis)
- 9 organismes d'aide pour personnes défavorisées (16 134 personnes desservies)
- 21 organismes communautaires avec un volet dédié spécifiquement aux cuisines collectives (sécurité alimentaire, centres-femmes, maisons de la famille, services d'entraide, santé mentale et personnes démunies (865 familles rejointes)

Réalisation 2013-2014

Le Re-lait Montmagny-L'Islet a effectué la mise sur pied d'un groupe privé sur Facebook, afin de rejoindre la clientèle.

Évolution des indicateurs inscrits à l'entente de gestion

(Projection P-13 selon P-8 2014-2015)

LÉGENDE

Cible atteinte  Cible non-atteinte  Écart relatif à l'engagement inférieur ou égal à 10 % 

Nos défis

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	66,2	106,1	100	100	119,6	80	
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12 ^e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	0,3	0,28	0,28	0,28	0,30	0,50	
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6 ^e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence ⁴⁵	0,89	0,88	0,86	0,90	0,89	1,00	
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^e semaine au 12 ^e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence ⁴⁵	0,2	0,21	0,19	0,20	0,15	0,50	
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13 ^e au 60 ^e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence ⁴⁵	0,1	0,13	0,15	0,15	0,11	0,50	
Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	45,5	58,4	56,4	83,2	89,1		

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	54,5	66,2	85,2	87,9	84,6	90	
Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	36,3	45,4	64,4	64,6	65,3	90	
Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur 1 ^{re} dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais			64,4	64,0	64,9	90	
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	100	100	100	100	100	100	
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CH	100	70	80	90	50	100	
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHPSY	100	100	100	100	33,33	NA	
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CRDP	100	100	100	100	100	100	
Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	50	50	100	100	100	100	
Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	100	100	100	100	100	100	

CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHPSY : Centres hospitaliers de soins psychiatriques

Services sociaux et communautaires

Services généraux

Info-Social/Info-Santé	2013. Adoption du nouveau <i>Cadre de référence régional – Clientèle inscrite au service Info-Santé et Info-Social (Volet santé) de la région de la Chaudière-Appalaches.</i> 2014. Ajout d'un mandat de « guichet d'accès » en maltraitance.
------------------------	---

Contribution des organismes communautaires (19)

- 4 maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale (291 femmes hébergées et 184 enfants hébergés)
- 6 centres-femmes (1 042 femmes membres rencontrées/rejointes)
- 3 groupes pour conjoints violents (297 hommes rejoints)
- 2 centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) (558 femmes rejointes)
- 1 organisme pour hommes en difficulté (439 hommes desservis)
- 1 organisme de regroupement pour les organismes communautaires (94 membres)
- 1 organisme de prévention des abus chez les enfants (1 548 enfants rencontrés)
- 1 organisme en hébergement multientèle (95 personnes hébergées)

Réalisation 2013-2014

Centre Ex-Equo : Organisation d'un colloque sur la cybercriminalité

Évolution des indicateurs inscrits à l'entente de gestion

(Projection P-13 selon P-8 2014-2015)

LÉGENDE

Cible atteinte  Cible non-atteinte  Écart relatif à l'engagement inférieur ou égal à 10 % 

Nos défis

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	5 726	5 570	6 729	6 939	7 155		
Nombre moyen d'interventions par utilisateur réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	3,07	3,08	3,36	3,55	3,55		
Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins		89,1	93,6	91,8	92,3	90	

Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Généralités	2010. Bilan du Plan d'action du programme « Personnes en perte d'autonomie. Un défi de solidarité » pour les services aux aînés en perte d'autonomie. 2014. • Réalisation de 3 projets « vitrines » (CSSS Alphonse-Desjardins, Thetford et Etchemins) visant à documenter la performance du continuum de services offerts aux personnes âgées : évaluation des coûts des parcours actuels, détermination des parcours optimaux, partage des connaissances avec les autres CSSS; • Signature de l'<i>Entente spécifique sur l'adaptation régionale pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées dans la région de la Chaudière-Appalaches 2013-2017.</i>
Approche adaptée	Depuis 2012 et en continu. Déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. 2012. Implantation des quatre mesures privilégiées d'un programme de mobilité sur les unités visées dans le cadre du programme « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA-MH) ».
Hébergement	2014. Adoption du <i>Cadre de référence régional sur les mécanismes d'accès à l'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (révision de la version de novembre 2004).</i>
Maltraitance	2012 à 2013. • Mise en place d'un mécanisme de coordination régional intersectoriel, en application du <i>Plan d'action gouvernemental 2010-2015 pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées et les personnes vulnérables;</i> • Inventaire des ressources et services disponibles en matière de maltraitance envers les aînés et les personnes handicapées; • Diagnostic de la situation de la maltraitance dans la région; • Adoption du <i>Plan régional pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2013-2015.</i>
Proches aidants	2009. • Déploiement des services de répit-dépannage régulier et de répit-dépannage aux proches aidants par l'organisme Baluchon Alzheimer (7 jours de répit consécutifs); • Développement d'une offre de service de répit atypique aux proches aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées.
Réseaux intégrés de services	Depuis 2009. Mise en place des préalables des réseau de soins intégrés aux personnes âgées (RSI-PA) notamment : informatisation de l'outil d'évaluation multicientèle (OÉMC); intégration des profils ISO-SMAF; gestion de cas; consolidation des guichets d'accès; etc. 2010. Publication du rapport intitulé <i>Réseau de services intégrés pour les personnes âgées : bilan régional de déploiement.</i> 2013 à 2014. Opération majeure d'évaluation en vue d'établir les profils ISO-SMAF et l'élaboration des OÉMC.

Contribution des organismes communautaires (35)

- 4 popotes roulantes (268 personnes rejointes)
- 1 organisme d’aide et entraide en maladie d’Alzheimer (2 191 familles soutenues)
- 2 organismes de soutien aux personnes âgées autonomes (31 931 personnes présentes)
- 26 organismes de maintien à domicile, dont quatre détiennent la mission de centre d’action bénévole (23 756 personnes desservies et 331 groupes soutenus)
- 2 organismes d’aide et entraide pour proches aidants (352 personnes rejointes)

Réalisation 2013-2014

- Centre de Vie de Bellechasse inc. : Ouverture d’un point de services à Honfleur et à Saint-Lazare
- Service d’entraide de Breakeyville a mis sur pied un café-rencontre et un groupe de soutien
- Association de l’action volontaire Appalaches a mis en place un comité de popote roulante à Saint-Pierre-de-Broughton

Évolution des indicateurs inscrits à l’entente de gestion

(Projection P-13 selon P-8 2014-2015)

LÉGENDE

Cible atteinte 

Cible non-atteinte 

Écart relatif à l’engagement inférieur ou égal à 10 % 

Nos défis

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Nombre moyen d’heures travaillées par année, par jour présence, en soins infirmiers et d’assistance dans les CH	3,328	3,313	3,307	3,469	3,389	3,0	
Nombre moyen d’heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CH	0,247	0,254	0,263	0,205	0,225	0,23	
Nombre total d’heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS-mission CLSC)	259 998	256 027	299 641	319 337	315 904	353 257	
Nombre d’usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS – mission CLSC)	11 001	10 879	11 902	13 003	11 427		

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Réinsertion sociale et santé mentale	Mars 2009 à juin 2010. Projet de réinsertion sociale – Réorganisation des programmes régionaux de longue durée psychiatrique (révision du programme 12 pour le traitement de moyenne durée offert à la clientèle présentant de troubles sévères et persistants offerts par le CSSS des Etchemins) : • Intégration sociale de 64 usagers présentant une problématique de santé mentale hébergés au CSSS des Etchemins (date); • Développement de l'équivalent de 15 lits décentralisés régionalement (5 pour les régions de Beauce Etchemins Thetford et 10 pour les territoires d'Alphonse-Desjardins et de Montmagny-L'Islet) améliorant ainsi l'accessibilité et la proximité des services.
Services spécialisés	2011. Protocole d'entente sur la hiérarchisation des services entre le CRDITED et les CSSS.
Mesures de répit	2012. • Décentralisation de la mesure d'accompagnement répit-TED aux familles vivant avec une personne présentant un trouble envahissant du développement; • Adoption du Cadre de gestion intitulé <i>Mesure d'accompagnement pour les familles vivant avec une personne présentant un trouble envahissant du développement.</i>
Profils cliniques complexes	2014. Mise en place d'un mécanisme régional de concertation clinique, interprogrammes et intra et interétablissements, afin d'offrir des services adéquats aux personnes qui présentent des profils cliniques complexes ou qui obligent le réseau à faire appel à des solutions régionales exceptionnelles, en dehors des limites habituelles de l'offre de service des établissements.
Hébergement	2014. • Publication du rapport intitulé <i>Gestion intégrée de l'hébergement. Données probantes, avis d'experts et tendances d'ici et d'ailleurs;</i> • Adoption des recommandations visant à optimiser l'organisation des ressources et des services résidentiels afin d'adapter la réponse aux besoins des clientèles ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement, un problème de santé mentale ou une dépendance.
Soutien à domicile	2013. Révision du <i>Guide de gestion du programme de Services intensifs de soutien à domicile (SISAD) pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme.</i>

Contribution des organismes communautaires (17)

- 3 organismes d'aide pour la clientèle en déficience intellectuelle et TED (624 personnes et familles rejointes)
- 14 organismes d'aide pour la clientèle en déficience intellectuelle, physique et TED (2 745 personnes et familles desservies)

Réalisations 2013-2014

- Association renaissance de la région de L'Amiante : Aménagement d'un nouveau local pour les activités à la clientèle
- Association des personnes handicapées de Lotbinière : L'organisme s'est donné un nom usuel « Au voilier de Lili » et une nouvelle image

Évolution des indicateurs inscrits à l'entente de gestion
(Projection P-13 selon P-8 2014-2015)

LÉGENDE

Cible atteinte  Cible non-atteinte  Écart relatif à l'engagement inférieur ou égal à 10 % 

Nos défis

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Nombre de personnes en DI-TED recevant des services en établissement (CSSS)	1 866	1 883	2 153	2 145	2 159		
Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne en DI-TED (CSSS)	10,9	10,9	11,7	12,6	16,2		
Nombre d'usagers en DI-TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) allocation directe (CSSS)	540	550	541	543	555		
Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes en DI-TED (tous âges)	54,5	45,5	84,6	63,2	75,0	90	
Taux des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes en DI-TED (tous âges)	44	64,4	72,6	80,3	97,9	90	
Taux des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes en DI-TED (tous âges)			87,3	89,5	93,6	90	
Pourcentage du respect des délais des services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (tous âges) NOTE : problème avec système d'info SIPAD pour considérer les corrections de priorité	NA	NA	NA	100,0	50,0	90	
Pourcentage du respect des délais de services traités en CRDI pour les personnes en DI-TED (tous âges)	20,6	46,7	79,3	82,4	86,9	90	
Pourcentage du respect des délais de services traités en CRDI pour les personnes en DI-TED (tous âges)		100	85,1	85,6	90,1	90	

Déficience physique

Aides techniques	2010. Adoption de la <i>Politique régionale de gestion des aides techniques au soutien à domicile (SAD)</i>. 2012 et 2014. - Analyse globale des différents parcs d'équipements dans une perspective d'optimisation de la gestion opérationnelle du parc régional des aides techniques et des fournitures médicales destinées à la clientèle handicapée ou en perte d'autonomie; - Renouvellement du mandat de Télé-Surveillance Santé Chaudière-Appalaches inc. pour la gestion du Programme d'attribution des aides techniques et des fournitures médicales pour les personnes handicapées.
Cadre de gestion et documentation	2009. Adoption du <i>Plan d'action 2009-2012 à l'égard des personnes handicapées</i>. 2010. Publication du rapport final intitulé <i>Évaluation de la mise en place d'une unité transitoire de récupération fonctionnelle au CSSS du Grand-Littoral</i>. 2012. Adoption du nouveau <i>Guide de gestion du programme de Services intensifs de maintien à domicile (SIMAD) offerts aux personnes présentant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble du spectre autistique</i> dans une perspective d'harmonisation des modes d'application entre les CSSS. 2013. - Publication du document intitulé <i>Modèle régional d'organisation des services en déficience physique – Région Chaudière-Appalaches</i>; - Adoption du <i>Plan d'action 2013-2015 à l'égard des personnes handicapées</i>.
Personnes malentendantes	2014. - Consultation publique auprès des personnes sourdes et malentendantes afin de déterminer leurs besoins et établir des priorités d'action et adapter le modèle d'organisation des services; - Désignation du Service régional d'interprétariat de l'Est-du-Québec (SRIEQ) pour le déploiement de l'offre de service auprès des personnes sourdes, malentendantes, sourdes et aveugles et leurs proches.
Services spécialisés	2012. Consolidation de l'offre régionale de service de deuxième ligne par le rapatriement, en Chaudière-Appalaches, des services en déficience visuelle antérieurement offerts par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ).

Contribution des organismes communautaires (4)

- 4 organismes (447 personnes et familles rejointes)

Évolution des indicateurs inscrits à l'entente de gestion

(Projection P-13 selon P-8 2014-2015)

LÉGENDE

Cible atteinte		Cible non-atteinte		Écart relatif à l'engagement inférieur ou égal à 10 %	
Nos défis					

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement (CSSS)	2 295	2 395	2 478	2 412	2 210		
Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de service par personne ayant une déficience physique (CSSS)	26,5	25,8	25,5	27,3	34,2		

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique	47,7	40	59,5	71,4	94,6	90	
Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (tous âges)	68,5	70	86,8	88,9	87,5	90	
Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (tous âges)			92,9	94,2	91,9	90	
Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique (tous âges) NOTE : problème avec système d'info SIPAD pour considérer les corrections de priorité	0	NA	NA	12,5	22,2	90	
Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique (tous âges)	87,9	86,8	88,9	86,0	85,2	90	
Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique (tous âges)		100	88,2	87,7	84,0	90	
Nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	220	252	274	266	244		

Jeunes en difficulté

Généralités	2010. Révision de l’offre de service en 1^{re} et 2^e ligne des programmes Jeunes en difficulté et Dépendances. 2013. - Publication du document intitulé <i>Cadre de référence régional – Programme CADOE : Collectivement agir pour le développement optimal des enfants en Chaudière-Appalaches</i>; - Déploiement de la formation ABCdaire de base pour l’ensemble des infirmières en CSSS afin de mettre en place un suivi systématisé des enfants de 0-5 ans et optimiser la collaboration médecin-infirmière.
Négligence	2011. Adoption de documents régionaux touchant la clientèle vulnérable (maltraitance et négligence) utilisables par tous les établissements : <i>Protocole de concertation des services; Répertoire d’indices généraux de maltraitance relativement aux enfants de 0 à 5 ans ou d’enfants à naître; Programme d’intervention précoce et préventive.</i> 2013. Déploiement du <i>Programme régional d’intervention en négligence 2011-2015</i> dans tous les CSSS.

Contribution des organismes communautaires (37)

- 1 organisme en hébergement jeunesse (125 jeunes hébergés)
- 4 organismes en justice alternative (363 jeunes rejoints et 75 victimes impliquées)
- 3 organismes en travail de rue (5 947 jeunes rencontrés)
- 2 organismes de parrainage (200 jeunes desservis)
- 1 organisme d’aide et entraide jeunesse/famille et travail de rue (869 personnes desservies)
- 1 association des maisons de jeunes (16 membres)
- 25 maisons de jeunes (8 594 jeunes rejoints)

Réalisations 2013-2014

- Centre aide et prévention jeunesse de Lévis : Projet de prévention et d’intervention en matière d’exploitation sexuelle des adolescents – GUES (gang utilisation et exploitation sexuelle)
- Amalgame MDJ Ouest : Projet Accalmie, répit gardiennage DI-TED
- Maison de jeunes L’Olivier des Etchemins : Projet initié par la MDJ « Los ojos del corazon 2014 », une expérience de coopération internationale pour 13 jeunes au Guatemala
- Regroupement des jeunes de Lotbinière : Projet de prévention de l’alcool et des drogues au volant « Quand t’es plein, fais pas le malin! » — Campagne de sensibilisation

Évolution des indicateurs inscrits à l’entente de gestion

(Projection P-13 selon P-8 2014-2015)

LÉGENDE					
Cible atteinte		Cible non-atteinte		Écart relatif à l'engagement inférieur ou égal à 10 %	
Nos défis					

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Délai moyen d’attente à l’évaluation à la Protection de la jeunesse	15,95	20,36	16,79	23,51	14,69	12	
Délai moyen d’attente à l’application des mesures en Protection de la jeunesse	14,5	18,4	17,9	21,8	17,0		
Délai moyen entre l’ordonnance et le premier contact significatif en vertu de la LSJPA	6,83	6,77	10,5	6,05	7,30		

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

Dépendances

Offre de service

2012.
Définition d’une offre de service en dépendances dans une perspective de réseau intégré de services : délimitation du rôle de chaque partenaire au sein de ce réseau, identification des actions concrètes à mettre en œuvre à court et à moyen termes et bonification de l’offre de service au sein des cinq RLS.

2013 à 2014.
Définition de la trajectoire Centre de réadaptation en dépendance (CRD-CA) et CJCA.

Contribution des organismes communautaires (4)

- 4 organismes en dépendances et toxicomanie (1 038 personnes desservies)
- 1 organisme pour joueurs compulsifs (47 personnes desservies)

N.B. Un organisme en itinérance, comptabilisés dans le programme-service Services généraux accueil aussi une clientèle présentant un problème de dépendances.

Évolution des indicateurs inscrits à l’entente de gestion
(Projection P-13 selon P-8 2014-2015)

LÉGENDE

Cible atteinte

Cible non-atteinte

Écart relatif à l’engagement inférieur ou égal à 10 %

Nos défis

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins		65,3	61	58,4	61,1	80	
Nombre de jeunes et d’adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS			338	300	502	320	

Santé mentale

Généralités	2014. • Consolidation de l'offre de service médicolégale; • Constitution d'un comité d'experts en santé mentale; • Tournée de consultation et production d'un état de situation sur l'offre de service en santé mentale.
Plan d'action et publications	2010. Bilan du Plan d'action du programme santé mentale <i>La force des liens 2005-2010</i>; Publication du rapport intitulé <i>Programme de formation et de soutien en santé mentale destiné aux médecins des services jeunesse des centres de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches : bilan de la première série de sessions de formation réalisée de juin 2009 à mai 2010</i>. 2011. Publication du rapport intitulé <i>Plan d'action communautaire de lutte contre l'itinérance de la région de la Chaudière-Appalaches 2011-2014 visant la Ville de Lévis et les municipalités de Beaumont, Saint-Henri et de Saint-Lambert de Lauzon dans le contexte de la Stratégie de partenaires de lutte contre l'itinérance (SPLI)</i>.
Priorités régionales	2013. Identification de 5 actions prioritaires par la Table des directeurs en santé mentale : 1) mise en œuvre du programme dépendances dans les CSSS; 2) repérage de la clientèle; 3) services en amont et intervention précoce; 4) dépistage de clientèles prioritaires; 5) sensibilisation, information et formations. 2014. • Service en prévention et intervention en suicide via le Web Texto, en collaboration avec Tel-Jeunes; • <i>Guide d'intervention en postvention à la suite d'évènements traumatiques avec les commissions scolaires</i>.
Suicide	2014. Mandat régional confié au CSSS Beauce pour le soutien en prévention et intervention en suicide.

Contribution des organismes communautaires (23)

- 4 groupes d'aide et entraide parents et amis de la personne atteinte (994 personnes soutenues)
- 11 groupes d'aide et entraide pour personnes atteintes (1 523 personnes rejointes)
- 3 centres d'écoute téléphonique (17 745 appels reçus)
- 2 maisons d'hébergement de transition et de réinsertion (408 personnes hébergées)
- 1 organisme de prévention/promotion (21 433 personnes rejointes)
- 1 organisme de défense de droit (590 personnes rejointes)
- 1 organisme de regroupement pour les organismes communautaires actifs en santé mentale (15 membres)

Réalisations 2013-2014

- Les nouveaux sentiers de la MRC L'Islet; Projet de spectacle « Au-delà de la musique... » par les personnes atteintes
- L'Association canadienne pour la santé mentale, Chaudière-Appalaches inc. : Exposition de parapluies « tu es formidable sous ton parapluie » 21 artistes présentant leur interprétation de l'estime de soi

Évolution des indicateurs inscrits à l'entente de gestion
(Projection P-13 selon P-8 2014-2015)

LÉGENDE

Cible atteinte  Cible non-atteinte  Écart relatif à l'engagement inférieur ou égal à 10 % 

Nos défis

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	524	566	527	520	534	1 019	
Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	110	119	118	101	108	408	
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	12,55	13,11	12,94	13,44	13,48	12	
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	0,28	0,81	0,6	0,88	0,88	0	
Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS (mission CLSC)	3 597	3 618	3 006	3 525	3 390	8 311	
Nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ou 3 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	46	197	268	133	175	0	

Organismes communautaires

2009.

Plan d’action de l’ASSS Chaudière-Appalaches en suivi des 16 recommandations du Vérificateur général portant sur le soutien financier aux organismes communautaires accordé par le MSSS (VGQ, 2008-2009, Tome 1, chapitre 3).

2009 à 2014.

Engagement du conseil d’administration à tendre vers l’équité interrégionale en consolidant le financement de base des organismes communautaires à raison de 400 000 \$ par année pour 5 ans, et ce, jusqu’à concurrence de 2 M \$.

2010.

- Mise en place du Comité régional sur les interactions du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires (CRIROC) à titre de nouvelle structure de concertation régionale.
- Adoption du *Cadre de référence sur les interactions de l’ASSSCA, des CSSS, des établissements régionaux et des organismes communautaires* (révision de la version du 16 décembre 1998).

2014.

- Dépôt du Bilan quinquennal du projet « Vers l’équité du financement des organismes communautaires en Chaudière-Appalaches ».
- Impacts du financement. Le rehaussement de 2 M \$ sur les cinq dernières années au programme Soutien aux organismes communautaires (PSOC) a eu comme impact une augmentation de 1,07 % de la contribution aux organismes de l’enveloppe initiale des crédits passant de 2,50 % en 2008-2009 à 3,57 % en 2013-2014. La cible de rattrapage pour la période visée était de 2,80 %, soit une atteinte supérieure de 0,77 %.

Impact du financement de rattrape			
Exercice financier	Ressources organismes communautaires	Enveloppe initiale des crédits	Part relative aux organismes communautaires
2003-2004	11 078 735 \$	537 169 981 \$	2,06 %
2008-2009	17 897 367 \$	714 772 836 \$	2,50 %
2013-2014	25 274 026 \$	708 090 218 \$	3,57 %

Accident vasculaire cérébral (AVC)	2012. Continuum de services intégrés pour les personnes victimes d'un AVC. 2014. Définition d'un modèle régional du continuum de soins et de services intégrés à l'intention des personnes victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) en collaboration avec les centres de première ligne que sont les CSSS de Montmagny-L'Islet, de la région de Thetford, de Beauce et le centre régional du CSSS Alphonse-Desjardins dans le contexte d'un projet d'évaluation du RUIS-Laval.
Biologie médicale	2010. <i>Plan régional d'organisation des services de laboratoire de biologie médicale;</i> 2013. Réorganisation des ressources de laboratoires biomédicaux dans le contexte de la mise en place des GRAPPES de laboratoires et du déploiement d'OPTILAB.
Cancer	2011. • Projet de démonstration du programme québécois de dépistage du cancer colorectal au CSSS Alphonse-Desjardins; • Intégration de la prévention des cancers parmi les priorités régionales à la suite du dépôt du Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer (2010). 2013. • Autorisation, par le MSSS, du projet de développement d'un Centre régional intégré en cancérologie (CRIC), en collaboration avec l'Agence de la Capitale-Nationale et inscription à titre de projet prioritaire au Programme québécois des infrastructures (PIQ); • Outils en prévention des cancers de la Direction de santé publique (affiches, signets, feuillets sur l'alimentation) distribués aux professionnels du réseau et aux organismes communautaires; • Adoption du <i>Plan d'action régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches 2013-2018;</i> • Désignation de la Clinique radiologique Lévis-Métro comme nouveau centre de dépistage du cancer du sein; 2014. • Désignation officielle du CSSS Alphonse-Desjardins à titre de centre affilié pour le traitement du cancer du poumon; • Dépôt du dossier d'affaires initial du projet Centre régional intégré en cancérologie; • Portrait de l'offre de service des 5 CSSS de la région de la Chaudière-Appalaches en soins palliatifs;
Clinique-réseau	2012. Adoption d'un cadre de référence sur le développement de clinique-réseau. 2014. • Mise en place de la 1^{re} clinique-réseau, secteur de Lévis; • Approbation pour la mise en place d'une 2^e Clinique réseau, secteur Chutes-Chaudières.
Distribution de médicaments	2012. Mise en place des systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM).
Douleur chronique	2010. • Portrait des services offerts en 1^{re}, 2^e et 3^e lignes à la clientèle; • Désignation de centres secondaires; • Trajectoire de liaison pour les priorités d'accès; • Mise en place d'un guichet virtuel; • Suivi des travaux de la Table sectorielle du continuum pour le traitement de la douleur chronique du RUIS-UL. 2014. Développement d'une trajectoire de services en douleur chronique impliquant la consolidation des 1^{re} et 2^e lignes.

Dialyse	2009. Adoption du <i>Plan régional d'organisation des services de dialyse dans la région de la Chaudière-Appalaches</i>. 2010. Mise en place d'un point de service en hémodialyse au CSSS Beauce. 2014. • Inauguration de la nouvelle unité satellite d'hémodialyse au Centre hospitalier de Montmagny-L'Islet; • Ajout de places d'hémodialyse en Beauce et à Montmagny-L'Islet.
Grands consommateurs de services	2011. Identification des cohortes de grands utilisateurs de services dans les CSSS nécessitant un suivi par un questionnaire de cas. 2012. Publication du <i>Rapport d'évaluation du programme Actions-Santé</i> produit par la DSP.
Infirmières praticiennes	2010. Intégration de 9 infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSSPL) dans différents projets de GMF 1^{re} ligne. 2014. Total de 13 IPS en poste.
Néonatalogie	2012. Inauguration de l'unité des soins intermédiaires en néonatalogie au CSSSAD permettant d'accueillir simultanément 8 nouveau-nés prématurés de 32 semaines et plus ainsi que les bébés nés à terme nécessitant des soins particuliers après la naissance.
Néphrologie	2014. • Adoption du modèle régional en néphrologie et en suppléance rénale pour la région de la Chaudière-Appalaches; • Élaboration d'une entente de services interétablissements.
Oxygénothérapie	2012. Accueil de la plus grande chambre hyperbare au Canada au site HDL du CSSSAD qui permettra d'accueillir simultanément 18 personnes. 2014. • Révision du programme régional des soins respiratoires à domicile (PRSRAD) (première version révisée déposée au conseil d'administration du 13 juin 2014); • Conclusion d'ententes de services pour l'offre de services suprarégionale.
Procréation assistée	2011. Déploiement progressif du programme régional de procréation médicalement assistée.
Résonance magnétique	2010. Adoption du <i>Plan d'organisation régional des services d'imagerie par résonance magnétique (IRM)</i>. 2012. Ajout d'un appareil d'imagerie médicale au CSSS de la région de Thetford.
Soins palliatifs	2012. Agrément de la nouvelle maison de soins palliatifs du Littoral par le MSSS.
Trisomie 21	2012. Disponibilité régionale du programme québécois de dépistage de la trisomie 21.
Traumatologie	2009. Adoption du <i>Plan directeur en traumatologie 2009-2012</i>. 2013. Adoption du <i>Plan directeur en traumatologie 2013-2017</i>.

	2011. • Confirmation de la pérennité et du mandat suprarégional de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU); • Définition de corridors de services spécialisés de 3^e ligne en cardiologie, neurologie et médecine hyperbare; • Publication du rapport d'évaluation intitulé <i>Projet pilote d'intégration de la télémédecine en services préhospitaliers d'urgence, région de la Chaudière-Appalaches « UCCSPU/Télémétrie »</i>; • Déploiement du protocole de constat de décès à distance aux régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean, du Bas-Saint-Laurent et de la Capitale-Nationale. 2014. • Déploiement du protocole de constat de décès à distance dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine; • Adoption d'une procédure régionale à l'intention des techniciens ambulanciers paramédicaux précisant l'orientation des usagers des services préhospitaliers d'urgence vers le centre receveur le plus près ou le plus approprié selon les corridors de la région.
Unité de médecine familiale	2009. Implantation d'une unité de médecine familiale ayant une capacité d'accueil optimale de 24 médecins résidents sur le territoire du CSSS Alphonse-Desjardins en collaboration avec l'Université Laval, le CHAU-HDL et le MSSS.
Médecin en omnipratique	• En collaboration avec le Département régional de médecine générale (DRMG), répartition annuelle des effectifs médicaux par le MSSS à partir d'un certain nombre de critères et exigences établis tels la pratique en CHSLD, la prise en charge, l'urgence hospitalière, etc., afin de favoriser une couverture optimale des services médicaux dans tous les territoires et secteurs d'activité plus vulnérables. Les médecins omnipraticiens désirant pratiquer en Chaudière-Appalaches doivent accepter de remplir ces obligations avant qu'un poste ne leur soit confirmé. • Ajout de 79 nouveaux postes au Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) depuis 2007 au PREM. Malgré une évolution favorable, les départs à la retraite et les congés de maternité et parentaux font en sorte que la région se retrouve en déficit de ressources : ♦ PREM 2015 : écart observé et considéré pour l'ajout net entre le nombre d'équivalent temps plein (ETP) en place corrigé et les besoins normalisés correspondant à - 31,5 (- 6,9 % des besoins normalisés) comparativement à l'écart observé et considéré par l'ajout net correspond à - 949 soit - 10,4 % à l'échelle du Québec. ♦ Mise en place de diverses stratégies pour tenter de diminuer l'impact du manque de médecins : ajout d'IPSSPL; intégration de personnel en soins infirmiers en soutien aux médecins; déploiement de nouveaux GMF. • Prévision d'ajout de 17 postes au plan de déploiement initial 2011-2016 proposé par le MSSS : ♦ Création de deux nouveaux postes supplémentaires pour 2015-2016. ♦ 14 postes actuellement comblés et 2 autres seront comblés en 2015-2016. • Réalisation de mesures structurantes visant à améliorer la situation : implantation d'une clinique-réseau avec le GMF-Lévis-Métro; mise en place de projet de cogestion GMF-CSSS; projet vitrine, d'intégration d'infirmières praticiennes spécialisées en CH à titre de région pilote, en collaboration avec le MSSS; implication accrue des pharmaciens dans certains programmes; ajout d'autres types de professionnels (nutrition, travail social).
Médecins spécialistes	• Utilisation de l'approche des portfolios laquelle incorpore les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des soins et services et précise les missions et mandats d'un établissement selon les paliers locaux, régionaux et suprarégionaux. • Détermination des besoins permettant d'élaborer un panier de services qui tient compte de l'offre de service, des corridors de services pour ceux ne pouvant être offerts localement ou régionalement, de la désignation des pointes d'expertise ainsi que des développements autorisés et à prévoir. • Entre 2007 et 2014, confirmation de l'octroi de 60 nouveaux postes de spécialistes, ce qui contribue grandement à améliorer la desserte et l'autonomie régionale.

PREM	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation 2009-2010 et 2014-2015
Omnipraticiens	381	411	426	446	460	79
Spécialistes	277	289	294	309	325	48

Contribution des organismes communautaires (8)

- 1 organisme d’intervention en diabète (1 145 personnes rejointes)
- 6 organismes d’intervention en cancer (858 personnes soutenues)
- 1 organisme d’intervention en fibromyalgie (689 personnes desservies)

Évolution des indicateurs inscrits à l’entente de gestion

(Projection P-13 selon P-8 2014-2015)

LÉGENDE

Cible atteinte 

Cible non-atteinte 

Écart relatif à l’engagement inférieur ou égal à 10 % 

Nos défis

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Nombre moyen de patients par hôpital (H) en processus ou en attente d’évaluation/ orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée		1,5	2,4	2,5	2,3	3	
Nombre moyen de patients par H en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée		0,6	0,7	0,8	0,9	3	
Nombre moyen de patients par H en attente de convalescence occupant des lits de courte durée		0,5	0,7	0,8	0,5	3	
Nombre moyen de patients par H en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée		0,4	0,5	0,2	0,2	3	
Nombre d’usagers en soins palliatifs à domicile	1 261	1 369	1 474	1 426	1 339		
Nombre moyen d’interventions par usager en soins palliatifs à domicile	17,93	17,73	17,4	21,42	20,08		
Nombre d’arthroplasties de la hanche réalisées	365	399	395				
Nombre d’arthroplasties du genou réalisées	568	654	672				
Nombre de chirurgies de la cataracte	3 861	4 017	3 871				
Nombre de chirurgies d’un jour réalisées (excluant cataractes)	12 915	14 705	14 655				
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	7 354	7 577	7 539				
Séjour moyen sur civière (durée)	12,5	12,29	11,87	11,57	11,41	12	
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	15,75	15,64	15,44	15,06	14,51	12	
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0,4	0,5	0,4	0,6	0,5	1	

PTH et PTG : Arthroplastie totale de la hanche (PTH) ou du genou (PTG).

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière		9,44	12,74	12,11	11,49	15	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies			72,7	83,8	98,2	100	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies			75,7	74,6	79,4	100	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques			96,9	95,7	96,1	100	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales			98,8	99,4	99,1	100	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques			58,9	54,3	83,3	100	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires			100	77,2	93,9	100	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies			92,1	75,6	95	100	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries			62,5	88,4	83,1	100	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques			82,7	54	57,2	90	
Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies			87,1	80,9	88,9	100	
Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies			98,5	73,1	91,9	100	
Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques			62,4	67,2	74,4	100	

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétriques			94,8	55,6	93,9	100	
Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques			94,4	90,5	90,9	100	
Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires			99,9	99,2	99,7	100	
Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies			97,5	98	99,7	100	
Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries			91	90,5	97,6	100	
Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques			92	83,4	82,1	100	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies			99,25	99,29	99,79	100	
Proportion des demandes de services réalisés pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies			91,25	96,02	80,97	100	
Proportion des demandes de services réalisés pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques			89,48	93,73	97,13	100	
Proportion des demandes de services réalisés pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales			99,30	99,76	99,74	100	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques			76,09	76,53	87,85	100	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires			69,70	91,94	95,41	100	

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies			91,74	91,99	91,40	100	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries			94,46	94,64	99,27	100	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques			83,87	90,75	97,20	100	
Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies			79,17	70,18	70,02	100	
Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies			98,89	96,44	97,97	100	
Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques			84,68	81,10	80,46	100	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales			100	97,49	100	100	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques			100	100	100	100	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires			37,29	64,35	64,34	100	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies			86,39	86,59	82,73	100	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies			79,01	87,11	85,12	100	

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres résonances magnétiques			57,34	61,86	61,70	100	
Nombre moyen de patients par H en attente de CH occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale		1,6	1,8	1,7	1,2	3	
Nombre moyen de patients par H en attente de RNI occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale		0,2	0,1	0,1	0,1	3	
Nombre moyen de patients par H en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée		0,1	0,3	0,2	0,5	3	
Niveau de réalisation moyen des étapes pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité					50	100	
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	90	90	90	90	90	100	
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	90	90	90	90	90	95,8	
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	90	90	90	90	90	100	
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	S.O.	90	90	90	90	100	
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	S.O.	90	90	90	90	100	
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	S.O.	0	0	0	0	S.O.	
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	S.O.	0	0	0	0	S.O.	
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	S.O.	0	0	0	0	S.O.	

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	S.O.	0	0	0	0	S.O.	☹
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	S.O.	0	0	0	0	S.O.	☹
Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)		90	75	70	80	76,6	☹
Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)					S.O.	S.O.	☺
Nombre total de GMF implantés			ND	21	21	85,7	☺
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille			S.O.	S.O.	80	100	☺

Ressources financières

Généralités	• Respect des objectifs financiers; • Application d'un modèle de productivité appliqué à l'ensemble des établissements; • Création d'un fonds régional récompensant les établissements ayant amélioré leurs coûts à l'activité.
Analyse de productivité	2014. Élaboration de portraits de productivité financière de tous les établissements permettant de repérer les écarts entre les divers groupes comparables.

Financement régional

- Entre 2007-2008 et 2011-2012 : accroissement de l'enveloppe régionale de crédits (financement brut) de 21,1 %, passant de 680,3 M \$ à 824,1 M \$, soit une hausse moyenne annuelle de l'ordre de 4,2 %.
- La majoration du budget comprend l'indexation, les coûts de systèmes spécifiques, les ajustements salariaux découlant des conventions collectives, l'équité salariale et les budgets de développement attribués à la région.

	Céredit brut 2009-2010	Crédit brut 2010-2011	Crédit brut 2011-2012	Crédit brut 2012-2013	Crédit brut 2013-2014	Variation	
						Montant	%
Enveloppe régionale initiale	753 085 115 \$	775 328 671 \$	795 469 501 \$	824 105 015 \$	859 646 438 \$	106 561 323 \$	14,1 %
CSSS	547 876 387 \$	558 671 926 \$	571 413 887 \$	590 763 674 \$	614 466 773 \$	66 590 386 \$	12,2 %
Centre jeunesse	46 714 062 \$	47 806 076 \$	48 936 338 \$	49 137 463 \$	50 201 395 \$	3 487 333 \$	7,5 %
Centres de réadaptation	61 783 030 \$	66 244 541 \$	68 155 833 \$	70 742 106 \$	72 641 007 \$	10 857 977 \$	17,6 %
Sous-total établissements publics	656 373 479 \$	672 722 543 \$	688 506 058 \$	710 643 243 \$	737 309 175 \$	80 935 696 \$	12,3 %
CHSLD	32 660 758 \$	33 084 826 \$	33 849 922 \$	34 622 502 \$	35 706 534 \$	3 045 776 \$	9,3 %
Centres de réadaptation	760 297 \$	1 155 096 \$	1 182 811 \$	1 213 726 \$	1 249 527 \$	489 230 \$	64,3 %
Sous-total établissements privés conventionnés	33 421 055 \$	34 239 922 \$	35 032 733 \$	35 836 228 \$	36 956 061 \$	3 535 006 \$	10,6 %
Organismes communautaires	19 855 770 \$	21 119 202 \$	21 990 487 \$	22 929 962 \$	24 108 026 \$	4 252 256 \$	21,4 %
Services préhospitaliers d'urgence et télémétrie	19 161 325 \$	21 136 562 \$	22 353 660 \$	24 378 977 \$	25 680 845 \$	6 519 520 \$	34,0 %
Groupe de médecine de famille	4 066 508 \$	4 414 746 \$	5 189 965 \$	5 613 618 \$	5 766 883 \$	1 700 375 \$	41,8 %
Activités reliées aux ressources informationnelles	1 587 731 \$	1 709 449 \$	1 862 612 \$	2 003 775 \$	2 300 114 \$	712 383 \$	44,9 %
Sous-total fonds affectés et activités régionalisées	24 815 564 \$	27 260 757 \$	29 406 237 \$	31 996 370 \$	33 747 842 \$	8 932 278 \$	36,0 %
Aides techniques	699 613 \$	713 606 \$	730 733 \$	748 271 \$	748 271 \$	48 658 \$	7,0 %
Autres engagements divers	17 919 634 \$	19 272 641 \$	19 803 253 \$	21 950 941 \$	26 777 065 \$	8 857 431 \$	49,4 %
Sous-total autres engagements	18 619 247 \$	19 986 247 \$	20 533 986 \$	22 699 212 \$	27 525 336 \$	8 906 089 \$	47,8 %
Total des crédits	753 085 115 \$	775 328 671 \$	795 469 501 \$	824 105 015 \$	859 646 438 \$	106 561 323 \$	14,1 %

Budget de développement

Balises annualisées					
Programmes-services	Exercice 2009-2010*	Exercice 2011-2012	Exercice 2012-2013	Exercice 2013-2014	Total
Santé physique	-	-	-		
Services généraux	-	-	-		
Santé publique	-	-	-		
Perte d'autonomie liée au vieillissement	-	7 092 040 \$	-	6 009 900 \$	13 101 940 \$
Santé mentale	-	-	-		
Déficiência intellectuelle et TED	690 252 \$	-	829 056 \$		1 519 308 \$
Déficiência physique	846 117 \$	-	831 458 \$		1 677 575 \$
Jeunes en difficulté	-	-	469 696 \$		469 696 \$
Dépendances	-	-	-		
Autres	-	-	-		
TOTAL	1 536 369 \$	7 092 040 \$	2 130 210 \$	6 009 900 \$	16 768 519 \$

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

Situation financière des établissements publics

	Exercice 2009-2010	Exercice 2011-2012	Exercice 2011-2012	Exercice 2012-2013	Exercice 2013-2014
CSSS Alphonse-Desjardins	(2 543 793 \$)	(6 094 782 \$)	(2 579 143 \$)	(2 037 007 \$)	(1 126 154 \$)
CSSS de Beauce	(875 000 \$)	(651 117 \$)	12 243 \$	468 859 \$	434 560 \$
CSSS de la région de Thetford	270 062 \$	(556 216 \$)	300 947 \$	(694 747 \$)	619 956 \$
CSSS de Montmagny-L'Islet	(354 167 \$)	(239 386 \$)	220 505 \$	401 625 \$	2 055 \$
CSSS des Etchemins	414 891 \$	583 898 \$	197 526 \$	228 816 \$	308 452 \$
Sous-total des CSSS	(3 088 007 \$)	(6 957 603 \$)	(1 847 922 \$)	(1 632 454 \$)	238 869 \$
Centre jeunesse Chaudière-Appalaches	172 112 \$	9 999 \$	349 422 \$	125 051 \$	2 803 201 \$
CR en alcoolisme et toxicomanie	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	8 378 \$
CR en déficiência intellectuelle et troubles envahissants du développement	267 960 \$	166 277 \$	36 491 \$	131 240 \$	62 021 \$
CR en déficiência physique	472 720 \$	1 00 007 \$	(120 919 \$)*	78 172 \$	824 115 \$
Sous-total Centre jeunesse et CR	912 792 \$	1 176 283 \$	264 994 \$	334 463 \$	3 697 715 \$
Total pour la région	(2 175 215 \$)	(5 781 320 \$)	(1 582 928 \$)	(1 297 991 \$)	3 936 584 \$
Établissement ayant connu un déficit	(3 772 960 \$)	(7 541 501 \$)	(2 700 062 \$)	(2 731 754 \$)	(1 126 154 \$)
Déficit autorisé	(3 808 933 \$)	(3 808 933 \$)	(2 579 666 \$)	(2 579 766 \$)	0
Écart par rapport au déficit autorisé	35 973 \$	(3 732 568 \$)	(120 396 \$)	(151 988 \$)	1 126 154 \$)

* Aux fins de comparaison, nous avons retenu la situation financière avant le transfert de interfonds.

Les déficits annuels totaux des exercices financiers de 2009-2010 à 2013-2014 s'élèvent à 6 900 870 \$. Depuis 2009-2010, des déficits sont survenus dans la plupart des centres de santé et de services sociaux de la région. Le dépassement est attribuable en majeure partie au CSSS Alphonse-Desjardins.

Richesse (pauvreté) relative régionale

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

L'évolution de la richesse (pauvreté) relative de la région entre les années 2009-2010 et 2013-2014 révèle qu'à l'exception de l'exercice financier 2012-2013, la région était relativement en équilibre de ressources. La pauvreté relative observée en 2013-2014 s'élève à 7,9 M \$ soit l'équivalent de 0,95 % du budget régional. L'écart de ressources provient principalement des programmes Santé physique et Perte d'autonomie liée au vieillissement.

	Exercice 2009-2010	Exercice 2011-2012	Exercice 2011-2012	Exercice 2012-2013	Exercice 2013-2014
Services généraux	897 149 \$	1 426 862 \$	1 379 927 \$	2 184 533 \$	3 077 531 \$
Santé physique	2 584 911 \$	3 092 403 \$	1 031 358 \$	(11 687 119 \$)	(11 392 770 \$)
Santé mentale	(4 844 324 \$)	(377 024 \$)	(78 333 \$)	(491 635 \$)	(461 184 \$)
Santé publique	1 289 783 \$	329 210 \$	59 887 \$	602 902 \$	671 733 \$
Perte d'autonomie liée au vieillissement	(2 064 160 \$)	(1 108 030 \$)	(7 225 336 \$)	(10 624 492 \$)	(5 863 915 \$)
Déficience intellec- tuelle et TED	4 450 098 \$	4 501 516 \$	1 922 458 \$	2 956 409 \$	5 492 508 \$
Déficience physique	1 607 617 \$	1 046 212 \$	(1 624 304 \$)	(4 737 548 \$)	(369 435 \$)
Dépendance	(279 272 \$)	302 784 \$	818 673 \$	1 125 931 \$	1 038 112 \$
Jeunes en difficulté	(507 484 \$)	203 490 \$	209 820 \$	2 408 852 \$	2 657 654 \$
Sous-total programmes-services	3 134 318 \$	9 417 423 \$	(3 505 850 \$)	(18 190 168 \$)	(5 149 766 \$)
Administration et soutien aux services	(1 951 936 \$)	(1 105 079 \$)	(3 505 850 \$)	(1 601 715 \$)	(2 842 598 \$)
Gestion des bâtiments	1 612 265 \$	(1 068 568 \$)	(916 459 \$)	231 243 \$	122 535 \$
Sous-total des programmes-soutien	(339 671 \$)	(2 173 647 \$)	(1 861 187 \$)	(1 370 472 \$)	(2 720 063 \$)
Total des programmes	2 794 647 \$	7 243 776 \$	(5 367 037 \$)	(19 560 639 \$)	(7 869 829 \$)
Richesse (pauvreté) relative*	0,38 %	0,97 %	0,70 %	-2,47 %	-0.95 %

* Consulter le tableau ci-dessous

Budget initial	753 085 115 \$	775 328 671 \$	795 469 501 \$	824 105 015 \$	859 646 438 \$
Moins Fonds affectés et activités régionalisées	24 815 564 \$	27 260 757 \$	29 406 237 \$	31 996 371 \$	33 747 842 \$
Budget de comparaison pour mesurer l'importance de la richesse relative	728 269 551 \$	748 067 914 \$	766 063 264 \$	792 108 644 \$	825 898 596 \$

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

Ressources informationnelles

- Révision du *Cadre régional de gestion intégrée des ressources informationnelles*;
- Regroupement régional des centres de traitement informatique sur deux sites (échancier décembre 2015);
- Planification régionale des projets et des activités en ressources informationnelles;
- Implantation d'une solution régionale en radiologie (PACS-SIR);
- Implantation d'un dossier clinique informatisé (phase 1 : échancier 31 mars 2015; phase 2 : 31 mars 2016);
- Déploiement du dossier santé du Québec. (échancier 31 mars 2015 pour phase médicaments, laboratoire et imagerie médicale);
- Réalisation et participation d'un processus d'appel d'offres pour le choix de la solution régionale de laboratoire (SIL).

Maintien des actifs informationnels

Centre jeunesse Chaudière-Appalaches	254 826 \$
Centre de réadaptation en dépendance Chaudière-Appalaches	34 176 \$
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches	273 217 \$
Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches	160 106 \$
CSSS Alphonse-Desjardins	1 207 966 \$
CSSS de Beauce	473 167 \$
CSSS des Etchemins	140 147 \$
CSSS de Montmagny-L'Islet	518 563 \$
CSSS de la région de Thetford	432 442 \$
Centre d'hébergement Champlain Chanoine-Audet	9 686 \$
Pavillon Bellevue inc.	- \$
CHSLD VIGI Notre-Dame-de-Lourdes	- \$
Sous-total	3 504 296 \$
CHSLD privé conventionné	- \$
Projets régionaux	3 060 173 \$
Total 2009 à 2014	6 564 469 \$

Le fonds de maintien des actifs informationnels s'établit à 1,3 M \$ par année. Depuis 2008, celui-ci sert à la modernisation des postes de travail et des serveurs des établissements. Par contre, en 2011, un montant de 600 000 \$ a été ponctionné dans ce fonds pour couvrir une partie des investissements effectués dans la région concernant la modernisation des PACS. En outre, en 2012-2013, un montant de 1 800 000 \$ a aussi été ponctionné dans ce fonds pour couvrir des investissements effectués dans la mise en place d'un centre de traitement régional.

Ressources immobilières

- Planification immobilière régionale et vision régionale du parc immobilier;
- Implication dans l'élaboration du centre régional intégré en cancérologie;
- Visites de centres d'hébergement et priorisation des projets d'aménagement en concept milieu de vie;
- Mise à jour de la planification immobilière en CHSLD (révision de l'ordre des priorités établi dans le processus de planification immobilière dans l'optique d'assurer une équité interétablissements tout en procédant à la mise à niveau de l'ensemble des installations).

Maintien des actifs 2009-2010 à 2013-2014

	Immeubles	Équipements	
		Médical	Non-médical et mobilier
Centre jeunesse Chaudière-Appalaches	3 626 008 \$	186 046 \$	932 297 \$
Centre de réadaptation en dépendance Chaudière-Appalaches	- \$	18 128 \$	69 376 \$
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches	1 583 781 \$	63 683 \$	857 536 \$
Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches	88 850 \$	294 229 \$	313 638 \$
CSSS Alphonse-Desjardins	16 502 435 \$	18 313 961 \$	4 348 019 \$
CSSS de Beauce	8 421 399 \$	7 074 290 \$	2 017 279 \$
CSSS des Etchemins	3 158 533 \$	485 615 \$	630 800 \$
CSSS de Montmagny-L'Islet	6 784 099 \$	4 341 001 \$	1 506 826 \$
CSSS de la région de Thetford	7 661 495 \$	5 215 979 \$	1 545 288 \$
Centre d'hébergement Champlain Chanoine-Audet	811 996 \$	245 937 \$	108 828 \$
Pavillon Bellevue	566 523 \$	- \$	- \$
CHSLD VIGI Notre-Dame-de-Lourdes	- \$	- \$	- \$
Sous-total	49 205 119 \$	36 238 869 \$	12 329 887 \$
Réserve pour génie biomédical	- \$	460 000 \$	- \$
Réserve pour priorités régionales	5 467 237 \$	3 752 074 \$	823 217 \$
Total 2009 à 2014	54 672 356 \$	40 450 943 \$	13 153 104 \$

- L'objectif ministériel visant à atteindre un budget standard de 2 % de la valeur de remplacement des immeubles a eu pour effet d'augmenter les budgets annuels de maintien des actifs en immeubles de 1,6 M \$ en 2003-2004 à 8,7 M \$ en 2013-2014. Un montant de 4,7 M \$ a été accordé pour la résorption du déficit d'entretien afin de pallier le financement du maintien d'actifs des années précédentes. Cette mesure a permis aux établissements de maintenir la qualité de leurs immeubles.
- Cette augmentation a nécessité une planification immobilière plus structurée et a mené à l'instauration d'un plan triennal de conservation des immeubles pour la région et pour chacun des établissements. Elle a permis, entre autres, le remplacement de fenêtres, la réfection de toiture et des parements extérieurs de même que la mise à niveau des systèmes mécaniques (ventilation, gicleur, électricité, plomberie, alarmes, ascenseur, etc.).

Comme il est mentionné dans les recommandations du Vérificateur général du Québec et du rapport SECOR-KPMG, la priorité donnée au maintien des infrastructures existantes et à la résorption d'entretien devraient être des objectifs de long terme à maintenir.

Rénovations fonctionnelles

	Mineures dans les CHSLD	Mineures autres que CHSLD
Centre jeunesse Chaudière-Appalaches	- \$	681 291 \$
Centre de réadaptation en dépendance Chaudière-Appalaches	- \$	- \$
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches	- \$	372 424 \$
Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches		21 143 \$
CSSS Alphonse-Desjardins	2 679 280 \$	2 575 753 \$
CSSS de Beauce	- \$	1 093 802 \$

	Mineures dans les CHSLD	Mineures autres que CHSLD
CSSS des Etchemins	- \$	- \$
CSSS de Montmagny-L'Islet	3 214 000 \$	1 119 607 \$
CSSS de la région de Thetford	1 267 875 \$	1 448 376 \$
Centre d'hébergement Champlain Chanoine-Audet	- \$	- \$
Centre d'hébergement Champlain L'Assomption	100 000 \$	- \$
CHSLD VIGI Notre-Dame-de-Lourdes	1 294 000 \$	- \$
Sous-total	8 555 155 \$	7 312 396 \$
Réserve pour priorités régionales	153 845 \$	7 452 352 \$
Total 2009 à 2014	8 709 000 \$	14 764 748 \$

D'un montant de 2 M \$ en 2003-2004, l'enveloppe en rénovations fonctionnelles mineures autres que CH a progressé pour se stabiliser à près de 2,5 M \$. L'enveloppe de rénovation fonctionnelle en CH a servi à corriger les problèmes ciblés lors des visites d'appréciation ministérielles. L'enveloppe pour la rénovation fonctionnelle autre que CH permet de finaliser les plans de conservation et de fonctionnalité immobilière et équipement (PCFI et PCEM) en tenant compte des objectifs régionaux comme le circuit du médicament, le projet PACS SIR, la hiérarchisation des laboratoires et les priorités de services locaux.

Projets immobiliers réalisés

Établissements	Projet	Investissement	Année de livraison
CSSS Alphonse-Desjardins	Construction pour déménager le CLSC et le Centre « d'hébergement de Sainte-Marie	15 600 000 \$	2010
CSSS Alphonse-Desjardins	Agrandissement et réaménagement du Centre d'hébergement de Saint-Gervais	3 338 000 \$	2011
CSSS de la région de Thetford	Construction pour déménager le Centre d'hébergement de Thetford (Pavillon Saint-Joseph) sur le site de l'hôpital	13 600 000 \$	2009
CSSS de la région de Thetford	Agrandissement et réaménagement du Centre d'hébergement Marc-André-Jacques à East-Broughton	3 200 000 \$	2012
CSSS des Etchemins	Réaménagement du Centre d'hébergement du site Lac-Etchemin (Phase 2)	3 354 000 \$	2011
CSSS Alphonse-Desjardins	Construction d'un stationnement souterrain à l'Hôtel-Dieu de Lévis	13 200 000 \$	2009
CSSS Alphonse-Desjardins	Agrandissement et réaménagement de l'urgence et aménagement de la médecine hyperbare de l'Hôtel-Dieu de Lévis	49 650 000 \$	2014
CSSS de Montmagny-L'Islet	Réaménagement et agrandissement de l'hôpital	21 287 000 \$	2009
CSSS de Montmagny-L'Islet	Construction d'un point de service d'hémodialyse	2 600 000 \$	2014
CSSS de Montmagny-L'Islet	Construction d'une centrale de biomasse	2 800 000 \$	2014
CRDP Chaudière-Appalaches	Construction du point de service de Charny sur un site adjacent au site Paul-Gilbert	15 600 000 \$	2011
CRDP Chaudière-Appalaches	Agrandissement et aménagement d'un centre pour la clientèle en déficience auditive et en déficience visuelle à Charny	3 000 000 \$	2012

Circulation de l'information clinique

Déploiement de quatre projets liés à la circulation de l'information clinique

- 1) Dossier clinique informatisé (DCI); 2) mise à jour des PACS-SIR; 3) projet Inter-labs; 4) gestion des identités.

2010.

- Approbation de la planification budgétaire concernant le projet régional du DCI, phases d'intégration et d'interopérabilité;
- Réalisation du processus d'appel d'offres pour le choix du fournisseur pour la mise à jour des systèmes PAC-SIR : entente de partenariat tripartite entre deux fournisseurs privés et l'Agence.

2013.

Signature de l'entente de gestion pour le déploiement du Dossier santé Québec (DSQ) dans les domaines des médicaments, des laboratoires et de l'imagerie médicale.

2009 à 2014.

- Mise en branle de projets majeurs liés à la circulation de l'information clinique : conception, développement et déploiement du dossier DCI régional et interopérable de la Chaudière-Appalaches dans les cinq CSSS;
- Mise en réseau électronique des quatre systèmes locaux d'imagerie diagnostique (PACS-SIR) des quatre CSSS opérant un centre hospitalier;
- Support à l'alimentation des résultats vers les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) des GMF en cliniques médicales et en établissements;
- Alimentation des données de production laboratoires et imagerie vers le DSQ;
- Déploiement du visualiseur DSQ auprès des utilisateurs cliniques;
- Gestion des identités pour s'assurer des droits et des privilèges d'accès des professionnels habilités à accéder aux informations cliniques critiques pour la population qui reçoit des services de santé et des services sociaux dans la région;
- Mise en place d'une gouverne régionale et locale, intégrée en mode gestion de projet, associé à la livraison de projets structurants afin de soutenir la pratique interdisciplinaire entre tous les professionnels et les médecins œuvrant auprès de patients, de jeunes et de leur famille ou, encore, de personnes âgées et de leur réseau;
- 7 500 cliniciens consultent le DCI et, parmi ceux-ci, 2 142 professionnels travaillent en mode édition (sans papier) et en interopérabilité;
- Près de 1 245 utilisateurs consultent le DSQ, ces derniers sont principalement des médecins, des infirmières et des pharmaciens. De plus, 1 400 formulaires cliniques informatisés sont en utilisation dans la région;
- Depuis le 6 novembre 2014, tous les résultats produits par nos quatre laboratoires hospitaliers sont accessibles pour tous les utilisateurs du DSQ, et ce, à l'ensemble du Québec. Pour nos rapports en imagerie diagnostique, ils seront disponibles dès la fin de mars 2015. Ainsi, 80 % des médicaments servis en pharmacies communautaires sont actuellement accessibles dans le DSQ. Au 31 mars 2015, les 19 GMF de notre région auront un DMÉ en utilisation et tous leurs médecins auront adhéré au programme québécois d'adoption des DMÉ du MSSS-FMOQ.

Projets d'optimisation

Administratifs

- Mise en commun des services de biologie médicale;
- Mise en commun des services de paie et autres activités reliées à la gestion des ressources humaines;
- Mise en commun des services du centre régional de traitement localisé au CSSS Alphonse-Desjardins, site Paul-Gilbert, et au CSSS de Beauce, site Beauceville;
- Centralisation des bibliothèques et des centres de documentation;
- Regroupement régional de la gestion des services de buanderie;
- Mise en commun des activités et de certains services de communication;
- Approvisionnement et logistique d'approvisionnement;
- Téléphonie IP;
- Gestion du parc des postes de travail;
- Énergie/programme de développement durable;
- Bureau Santé « Gestion de la présence au travail »;
- Gestion des activités MSSS-Agence et services administratifs, actifs + (immobilisation, finances);
- Portfolio des hôpitaux et infrastructures conséquentes.

Cliniques

- DCI;
- Gestion des identités et des accès;
- PACS-SIR et dictée numérique;
- Optimisation régionale de la formation.
- Systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments (SARDM) Cabinet automatisé décentralisé - Déploiement de la phase III – régional (cinq CSSS);
- Santé mentale adulte - CSSS Montmagny-L'Islet;
- Complémentarité et interdisciplinarité entre physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique au programme neurotraumatisme et déficience motrice adulte – CRDP-CA;
- Consolidation des services – Réception et traitement des signalements et urgence psychosociale (RTS-UPS) – CICA;
- Amélioration des conditions d'exercice du personnel œuvrant dans les résidences à assistance continue (RAC) jumelées auprès de la clientèle présentant des troubles graves du comportement (TGC) – CRDITED CA;
- Projet # 1 TGC – Implantation de nouvelles pratiques reconnues sécuritaires auprès de la clientèle en TGC au CICA et d'un processus d'amélioration continue en cette matière – CICA;
- Projet # 2 TGC – Structure d'accompagnement et d'intégration des nouveaux employés - CICA;
- Main-d'œuvre indépendante et temps supplémentaire pour des corps de métiers - CSSS Alphonse-Desjardins (Direction des services techniques et d'hôtellerie);
- Troubles cognitifs liés au vieillissement – GMF Montmagny-L'Islet;
- Révision de l'organisation du service social pour un meilleur continuum de services auprès de la clientèle aînée à travers les projets de l'implantation du RSIPA, de l'AAPA et de l'optimisation du soutien à domicile (gestion de cas);
- Programme d'accueil et d'intégration : Soutien clinique et accompagnement personnalisé pour une meilleure intégration;
- Programme de développement des compétences une approche basée sur le développement d'une culture d'apprentissage;
- Amélioration de l'offre de services en pharmacie dans les quatre CSSS et de la continuité des soins dans le réseau communautaire;
- Réduction de la main-d'œuvre indépendante;
- Réduction du temps supplémentaire;
- Clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED);
- Laboratoire hiérarchisation et pertinence;
- Accès aux services spécialisés;
- Accès aux services spécialisés : imagerie;
- Advance Acces;
- Mise en place des services pour les personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC);
- Gestion de la douleur chronique;
- Prise en charge infarctus du myocarde;
- Santé mentale 1^{re}, 2^e et 3^e ligne (mise en place d'un plan d'action ministériel).

Ressources humaines

2009.

- Mise en œuvre de divers projets de révision des processus ou de réorganisation du travail;
- Expérimentation des projets Jeunes explorateurs d'un jour;
- Poursuite du programme de relève des cadres.

2010.

- Planification de main-d'œuvre intersectorielle 2010-2015;
- Remise de bourses d'études à l'intention des étudiantes et étudiants inscrits au baccalauréat en sciences infirmières offert au campus de l'UQAR, à Lévis (entente de 5 ans, 2010 à 2015).

2011.

- Programme de formation de six jours sur l'approche Lean, la gestion de projet et la gestion du changement offert à plus de 200 gestionnaires et intervenants du réseau régional, en collaboration avec l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), site Lévis;
- Inscription d'une première cohorte de gestionnaires au microprogramme en gestion de la performance et de l'amélioration continue, en collaboration avec l'Université Laval et le MSSS Constitution de deux nouvelles cohortes inscrites au programme de relève des cadres (0-2 ans) offert par l'ENAP;
- Formation sur la gestion de l'accès en colonoscopie offerte aux intervenants en CSSS;
- Déploiement d'une version d'apprentissage en ligne en soins de plaies.

2012.

- Nouveau cycle de gestion prévisionnel de la main-d'œuvre
- Formation des préposés aux bénéficiaires du CSSSAD, CSSSB, CSSSRT, CSSSML, CSSSE, CA St-Joseph de Lévis, Pavillon Bellevue, Champlain Chanoine-Audet, Champlain-de-l'Assomption, Vigi-Santé (Notre-Dame-de-Lourdes).

2013.

- Mise en place d'un programme d'aide aux employés régional complet, adaptable et à moindre coût;
- Projet de recherche sur le transfert des connaissances en collaboration avec l'UQAR.

Évolution des indicateurs inscrits à l'entente de gestion

(Projection P-13 selon P-8 2014-2015)

LÉGENDE

Cible atteinte 

Cible non-atteinte 

Écart relatif à l'engagement inférieur ou égal à 10 % 

Nos défis

Description	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Cible	Atteinte
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,6	6,27	5,98	6,17	5,97	5,27	
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,06	4,6	4,42	4,72	4,30	4,46	
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau		2,54	2,61	2,81	2,42	2,49	
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,76	0,66	0,81	0,71	0,79	0,43	
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires		0,41	0,24	0,22	0,08	0,13	
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires		0,25	0,33	0,15	0,14	0,18	
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes				0	0	0	

Le personnel du réseau régional

Établissements publics

	Personnel cadre (hors-cadre, cadres supérieurs et intermédiaires)	Personnel en soins infirmiers et cardio- respiratoires	Personnel paratechniques, services auxiliaires et de métiers	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	Total
2009-2010	432	3 309	3 034	1 356	2 632	10 763
2010-2011	450	3 304	3 048	1 366	2 728	10 971
2011-2012	440	3 347	3 064	1 333	2 786	10 970
2012-2013	440	3 366	3 133	1 411	2 885	11 235
2013-2014	438	3 375	3 013	1 354	2 881	11 061

Établissements privés-conventionnés

	Personnel cadre (hors-cadre, cadres supérieurs et intermédiaires)	Personnel en soins infirmiers et cardio- respiratoires	Personnel paratechniques, services auxiliaires et de métiers	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	Total
2009-2010	13	145	383	33	32	606
2010-2011	11	154	371	29	35	600
2011-2012	11	134	333	28	30	536
2012-2013	15	154	376	29	31	605
2013-2014	13	160	380	31	28	612

Total régional (incluant les établissements publics, les privés-conventionnés et l'ASSSCA)

	Personnel cadre (hors-cadre, cadres supérieurs et intermédiaires)	Personnel en soins infirmiers et cardio- respiratoires	Personnel paratechniques, services auxiliaires et de métiers	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	Total
2009-2010	464	3 454	3 417	1 476	2 729	11 540
2010-2011	479	3 458	3 419	1 475	2 823	11 654
2011-2012	469	3 481	3 397	1 442	2 876	11 665
2012-2013	475	3 520	3 509	1 516	2 972	11 992
2013-2014	471	3 535	3 393	1 457	2 977	11 833

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

Planification de la main-d'oeuvre

- Au chapitre de la planification de la main-d'œuvre, la région s'est dotée d'un plan stratégique régional et intersectoriel 2008-2011 afin de relever le défi relié à la rareté, voire à la pénurie anticipée de main-d'œuvre. Neuf projets de réorganisation du travail ont été mis de l'avant dans la région, dont cinq en pharmacie et les autres dans les programmes-services Déficience physique et Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement. Ces initiatives ont permis d'optimiser l'utilisation des ressources humaines et d'améliorer l'accès aux services.
- Un programme régional de relève des cadres intermédiaires élaboré en collaboration avec l'École nationale d'administration publique (ÉNAP) a été déployé et a favorisé le développement des compétences de près d'une centaine de gestionnaires jusqu'à maintenant.
Six jours de formation développés par l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) concernant la gestion du changement, l'approche Lean et la gestion de projet ont également été offerts à plus de 200 gestionnaires et professionnels de la région.
- Diverses stratégies locales ou régionales ont été réalisées afin de relever le défi de la main-d'œuvre. Ainsi, la mise en place de pratiques de gestion mobilisatrices pour devenir des employeurs de choix, la tenue de journées de travail portant sur l'organisation du travail, le soutien au déploiement de projets porteurs, l'application de la méthode « Toyota » dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'implication dans une entente spécifique régionale en immigration et la mise en place d'un programme de bourses d'études en soins infirmiers. L'implantation d'une gouvernance régionale de coordination des stages en réadaptation et la mise en place d'une table intersectorielle regroupant des décideurs de tous les secteurs d'activité de la région et ayant permis de structurer des salons de l'emploi, ont aussi favorisé la mobilisation des principaux acteurs.

- Concernant l'amélioration des compétences des intervenants « terrain », certaines formations telles :
 - le programme AGIR offert aux préposés aux bénéficiaires afin que leurs interventions soient davantage cohérentes avec l'approche milieu de vie (soins de longue durée) et l'approche gériatrique (soins de courte durée) par le MSSS, lequel a injecté une somme de 586 976 \$ pour notre région, dont 435 916 \$ pour l'année 2008-2009;
 - la formation des infirmières-auxiliaires en vue de leur intégration dans des secteurs comme la chirurgie;
 - l'élaboration d'une formation adaptée sur les soins de plaies en mode E-learning en collaboration avec la région de la Capitale-Nationale, lequel constitue un projet d'optimisation et vise l'apprentissage à distance.

La main-d'oeuvre indépendante

- Les données suivantes indiquent une augmentation de 59 305 heures de main-d'œuvre indépendante dans la région. Cette situation s'explique en partie par la difficulté de certains établissements à recruter du personnel régulier dans quelques secteurs d'activité, notamment en hébergement de longue durée, et à attirer du personnel dans certains territoires.
- Il faut cependant préciser que quelques établissements seulement se sont tournés vers ce type de ressources pour maintenir les services à la population. Diverses stratégies visant la réduction, voire l'élimination de cette modalité sont en cours de déploiement dans la région.

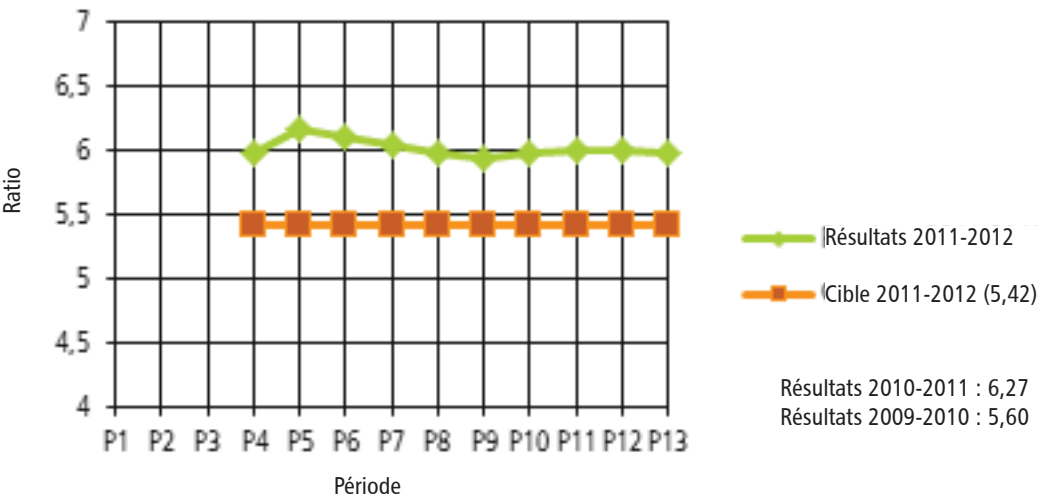
Année financière	\$	Heures
2009-2010	4 639 983 \$	150 894
2010-2011	4 569 914 \$	145 167
2011-2012	4 835 504 \$	143 814
2012-2013	4 926 657 \$	146 165
2013-2014	5 002 602 \$	145 348

* Source : Fichier AS-471, MSSS, incluant les privés-conventionnés

Gestion de la présence au travail

Le tableau ci-après démontre que la cible fixée n'est pas atteinte au 31 mars 2012, bien que la situation soit en voie d'amélioration.

Assurance-salaire (excluant les établissements privés-conventionnés)



Par ailleurs, tel qu'il est expliqué précédemment, plusieurs motifs tels que le vieillissement du personnel, l'augmentation des absences longue durée, etc. contribuent à ces résultats et diverses mesures structurantes sont déployées pour améliorer la situation.

Accès aux services de langue anglaise

2009.

- Mise à jour des données sociodémographiques de la population anglophone;
- Projet régional de révision et d'adaptation de l'offre de service des établissements 2009-2013.

2010.

- Adoption du Règlement 2010-01 sur la formation du comité régional pour le programme d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise pour la région de la Chaudière-Appalaches, versions française et anglaise;
- Adoption du *Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour la population d'expression anglaise de Chaudière-Appalaches 2011-2014*;
- Nomination des membres au comité régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour la population d'expression anglaise de Chaudière-Appalaches.

2011 et 2012.

Programmes de formation linguistique pour le personnel dans les établissements de la région.

2013.

- Mise en place d'un point de service au site Hôtel-Dieu de Lévis et intégration d'un agent d'information afin de permettre aux membres de la communauté anglophone d'avoir un accès direct à une ressource anglaise qui peut les informer, leur fournir du matériel en anglais, les diriger vers les bons établissements et/ou ressources communautaires et même agir à titre de liaison lorsque les barrières linguistiques empêchent l'accès aux services de santé;
- Mandat régional confié à la Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic (MCDC) pour l'actualisation des mesures prévues dans le cadre du projet régional *Accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise de la région de la Chaudière-Appalaches - Révision et adaptation de l'offre de service des établissements*. Actions réalisées :
 - ♦ Carte d'identité du personnel-interprète avec pictogramme (bulle de dialogue jaune) permettant d'identifier le personnel capable de s'exprimer en anglais;
 - ♦ Affichette installée à l'accueil de chaque installation pour informer la clientèle qu'elle peut demander à être servie en anglais et que le personnel portant une carte d'identité avec le pictogramme peut servir d'interprète;
 - ♦ Ajout d'une liste d'hyperliens sur l'Intranet et sur les sites web de chaque établissement, et ce, afin de faciliter la recherche de documentation et de formulaires disponibles en anglais.

2014.

- Réalisation et diffusion de modules d'apprentissage linguistique en ligne de niveau débutant destinés à l'ensemble des employés des établissements de santé et de services sociaux de la région;
- Production d'un dépliant sur les services offerts à la population d'expression anglaise;
- Appui au projet *Adaptation des services de santé et des services sociaux pour les personnes d'expression anglaise 2014-2018*.

Colloques et événements régionaux

Approche relationnelle	2012. Journée régionale de mobilisation portant sur la formation et le soutien visant à consolider l’application de l’approche relationnelle dans les équipes SIPPE en CSSS.
Cancer	2012. Colloque régional sur la prévention des cancers en Chaudière-Appalaches. 2013. Journée régionale Survivance au cancer : place aux saines habitudes de vie.
Commissaires locaux aux plaintes et à la qualité	2013. Activité régionale à l’intention des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité : • Rôles et responsabilités légales des membres du comité de vigilance et de la qualité des établissements; • Rôle du Bureau du Coroner.
Comités des usagers et résidents	Tenue de trois activités régionales à l’intention des comités des usagers et des comités de résidents : 2009. Journée régionale de formation et d’information : • Droits et obligations des usagers; • Guide du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU); • Rôles et responsabilités de la personne-ressource au sein des établissements; • Semaine des droits des usagers – VigiSanté Notre-Dame-de-Lourdes. 2010. • <i>Le partenariat comme source de créativité;</i> • <i>Le partenariat au service des aînés : aspects légaux et vision ministérielle.</i>
Conseils d’administration	2012. Activité régionale d’accueil et d’intégration pour les membres des conseils d’administration des établissements.
Main-d’œuvre et ressources humaines	2010. Rendez-vous stratégique intersectoriel de main-d’œuvre. 2010 à 2013. Salons des métiers (3 éditions), en collaboration avec la Table Éducation de Chaudière-Appalaches et Emploi-Québec ayant pour but de faire la promotion des métiers et professions du réseau de la santé et des services sociaux et de la région : • Octobre/Novembre 2010 : St-Georges et Lévis (secteur Charny); • Octobre/Novembre 2011 : Lévis (secteur Charny) et Thetford-Mines; • Octobre/Novembre 2013 : St-Georges, Thetford-Mines et Lévis (secteur Charny). 2011. Journée régionale sur les projets en organisation du travail dans les établissements. 2012. Journée régionale sur la formation et le développement des compétences (participation de l’UQAR, de l’IPCDC et de l’INSPQ). 2013. Colloque des cadres sur le thème de la performance.
Maltraitance	2013. Colloque régional sur la maltraitance envers les personnes âgées. 2014. Consultation intersectorielle sur la maltraitance en milieux résidentiels.
Responsabilité populationnelle	2011. Journée régionale sur la responsabilité populationnelle et la performance. 2013. Événement national régional sur la responsabilité populationnelle.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées	2014. Organisation de deux formations régionales offertes aux médecins, pharmaciens et infirmières au regard de la problématique des chutes.
Saines habitudes de vie	2014. Journée régionale sur les saines habitudes de vie, en collaboration avec la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches.
Santé mentale	2013. Colloque régional sur le continuum de services intégrés en santé mentale.
Sécurité alimentaire	2012. Journée régionale sur la sécurité alimentaire.
Services gériatriques	2009. Colloque régional sur les services gériatriques « Tous au même diapason ».
Suicide	2009-2012. Journée annuelle en suivi du rapport du DSP sur la problématique du suicide. 2009 à 2013. Activité de sensibilisation dans le cadre de la semaine de prévention du suicide : « Le suicide n'est pas une option ». 2009 à 2014. Activité de sensibilisation à l'utilisation sécuritaire des armes à feu dans le cadre de la journée mondiale de prévention du suicide (10 septembre). 2013. Campagne de prévention « Ajouter ma voix en Chaudière-Appalaches ».

Ententes régionales et intersectorielles

2009 à 2010.

- Entente spécifique de régionalisation de l'immigration; en collaboration avec différents acteurs politiques, socioéconomiques et de partenaires régionaux.

2010 à 2011.

- Deuxième entente régionale de partenariat concernant la coordination des interventions en promotion/prévention en contexte scolaire 2011-2016;
- Entente de service inter-régionale en télé-pathologie entre l'ASSS de la Capitale-Nationale, l'ASSS de Chaudière-Appalaches, le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et le CSSS de Beauce;
- Publication du rapport intitulé *L'entente spécifique en HLM de Chaudière-Appalaches : rapport d'évaluation final*;
- Deuxième entente de collaboration relative aux situations d'insalubrité morbide entre la MRC des Etchemins, le CSSS des Etchemins et l'Agence;
- Entente intersectorielle entre la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches (fiduciaire URLS) et Québec en Forme concernant le soutien auprès des municipalités quant à leur politique familiale municipale avec un volet saines habitudes de vie (2010-2012).

2011 à 2012.

- Prolongation de l'entente spécifique sur l'amélioration des services, de l'accessibilité et de l'amélioration de la qualité de vie en habitations à loyer modique (HLM) jusqu'en mars 2012 et élargissement des objectifs aux résidents de logements social tels les coopératives d'habitation, HLM, organismes à but lucratif;
- Entente spécifique sur la persévérance scolaire et les carrières scientifiques et technologiques en Chaudière-Appalaches;
- Appui au projet « Investissement-compétences » à l'intention du Conseil régional des partenaires du marché du travail de Chaudière-Appalaches;
- Début d'une entente de partenariat entre l'Agence, l'Initiative de partager des connaissances et de développement des compétences (IPCDC), le CSSS Alphonse-Desjardins, le CSSS de la région de Thetford.

2012 à 2013.

- Entente de gestion pour le déploiement du DSQ pour la période du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014;
- Entente de collaboration avec la Société canadienne du cancer pour des présentations portant sur les méfaits de rayons UV et les bienfaits de la protection solaire aux enfants d'âge scolaire.

2013 à 2014.

- Entente spécifique sur l'adaptation régionale pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées 2013-2017;
- Entente intersectorielle entre la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie (TRCSHV) en Chaudière-Appalaches (fiduciaire Unité régionale de loisir et de sport (URLS)) et Québec en Forme concernant le plan d'action 2014-2016 de la TRCSHV;
- Entente de collaboration avec Tel-Jeunes pour la mise en place d'un projet d'intervention en prévention du suicide par l'entremise du WEB-TEXTO.

RÉFÉRENCES

Bibliographie

- ¹ Simard, Paule, Martin Charland et Clara Benazera (2013). *Connaître et mobiliser pour mieux intervenir : évaluation de la démarche de caractérisation des communautés locales de la région de Chaudière-Appalaches*. Faits saillants, Québec, INSPQ, Gouvernement du Québec, 8 p.
- ² Garant, Sophie et Annie Bourassa (2009). *Caractérisation de communautés locales : connaître et mobiliser pour mieux intervenir*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, séries de 11 portraits.
- ³ Le DSC de la Beauce, le DSC de Lévis, le DSC de Montmagny et le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Québec (1989). *Profil de la population : État des services et des ressources sociosanitaires de la région Chaudière-Appalaches*, 207 p.
- ⁴ INSPQ (2014). *Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé*, Politiques publiques et santé, Québec, Gouvernement du Québec, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1822_Avenues_Politiques_Reducire_ISS.pdf.
- ⁵ Frohlich, K., et autres (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 407 p.
- ⁶ Committee on Health and Behavior: Research, Practice and Policy, Board on Neuroscience and Behavioral Health (2001). *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*, Institute of Medicine, 400 p.
- ⁷ Brian D. Smedley and S. Leonard Syme, Editors; Committee on Capitalizing on Social Science and Behavioral Research to Improve the Public's Health, Division of Health Promotion and Disease Prevention (2000). *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*, Institute of Medicine, 508 p.
- ⁸ Association canadienne de santé publique. *Le rôle mobilisateur joué par le Canada pour agir sur les déterminants sociaux de la santé*, Consulté en décembre 2014, <http://www.cpha.ca/fr/programs/history/achievements/01-sdh/leadership.aspx>.
- ⁹ INSPQ. Données produites par l'Infocentre de santé publique, 2007 à 2011.
- ¹⁰ INSPQ. Travaux en cours à l'Infocentre de santé publique.
- ¹¹ INSPQ. *Santéscope*, Consulté en décembre 2014, <http://www2.inspq.qc.ca/santescope/>.
- ¹² Hyppolite, S.-R. (2012). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*. Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, Direction régionale de santé publique, 161 p.
- ¹³ Paquet, G. (2005). *Partir du bas de l'échelle : Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 152 p.
- ¹⁴ Roberts, H. (2012). *What works in reducing inequalities in child health?* The Policy Press, Second edition, Grande Bretagne, 170 p.
- ¹⁵ Campbell, F. A., et autres (2012). *Adult outcomes as a function of an early childhood educational program: An Abecedarian Project follow-up*. Developmental Psychology, 48(4), 1033-1043.
- ¹⁶ Hohmann, M., et autres (2000). *Partager le plaisir d'apprendre, Guide d'intervention éducative au préscolaire*, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal. 468 pages.
- ¹⁷ Olds, D. L. (2002). *Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses : From Randomized Trials to Community Replication*. Prevention Science, 3, pp. 153-172.
- ¹⁸ Cardinal, L., et autres (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 58 p.
- ¹⁹ Bounajm, Fares, Tin Dinh w et Louis Thériault (2014). *Améliorer les habitudes de vie : des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 74 p.
- ²⁰ ISQ. *Profil statistique par région et MRC géographiques*, Consulté en décembre 2014, http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_00/region_00.htm.
- ²¹ Statistique Canada, *Enquête sur la population active (EPA)*, données produites par l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ, 1995 à 2009.
- ²² Statistique Canada. *Recensement 2011*, données produites par l'Infocentre de santé publique.
- ²³ ISQ. *Projections démographiques* (série produite en novembre 2014).
- ²⁴ MSSS. *Fichier des naissances 2007-2011*, données produites par l'Infocentre de santé publique.
- ²⁵ Moisan, M. (2013). *Garder le cap sur le développement global des jeunes enfants. L'importance des mots utilisés pour parler de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle*, Consulté le 1er avril 2014, <https://qualitepetiteenfance.uqam.ca/upload/files/garder-le-cap-final.pdf>.
- ²⁶ Irwin, L. G., Siddiqi, A. et Hertzman, C. (2007). *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur*, Rapport final pour la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, Consulté le 4 mars 2014, http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/early_child_dev_ecdkn_fr.pdf.
- ²⁷ Dozier, M., Stovall-McClough, K. C. et Albus, K. E. (2008). *Attachment and Psychopathology in Adulthood*, In Judy Cassidy and Phillip R. Shaver (2e édition), Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Application. The Guilford Press, New York, 1020 pages.
- ²⁸ Fearon, R. P., et autres (2010). *The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study*, Child Development, 81 (2), pp. 435–456.

- ²⁹ Moss, E., et autres (2007). *Les rôles de l'attachement et des processus individuels et familiaux dans la prédication de la performance scolaire au secondaire*, Consulté le 1er avril 2014, <http://www.frqsc.gouv.qc.ca/upload/editeur/actionConcerte/RF-EMoss.pdf>.
- ³⁰ Boivin, Michel, et autres (2012). *Early Childhood Development : Report*, novembre 2012, Ottawa, La société royale du Canada et l'Académie canadienne des sciences de la santé (SRC, ACSS), 159 p.
- ³¹ Maggi, Stefania, et autres (2005). *Knowledge network fo early child development, : Analytic and Strategic Review Paper : International Perspectives on Early Child Development*, Colombie Britannique, The University of British Columbia, 45 p., Consulté le 18 février 2014, http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd.pdf.
- ³² Kershaw, P., et autres (2009). *15 by 15. A Comprehensive Policy Framework for Early Human Capital Investment in BC, Colombie-Britannique*, The University of British Columbia, 59 p., Consulté le 18 février 2014, <http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/15by15-full-report.pdf>
- ³³ ISQ. *EQDEM 2012*, données produites par l'Infocentre de santé publique.
- ³⁴ MSSS. *Med-Écho, 2008-2009 à 2012-2013*, données produites par l'Infocentre de santé publique.
- ³⁵ ISQ. *EQSJS 2010-2011*, données produites par l'Infocentre de santé publique.
- ³⁶ Mesuré selon le niveau élevé de l'indice de détresse psychologique.
- ³⁷ MSSS. Fichier des décès, 2007 à 2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.
- ³⁸ Drolet, Marie-Josée et Lucie Tremblay (2012). *Le Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer, prévenir les cancers tous ensemble*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 280 p. http://www.agencecss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/cancer/Version_finale_du_rapport_01.pdf.
- ³⁹ INSPQ. *SISMACQ, 2010-2011*, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 20 ans et plus).
- ⁴⁰ Statistique Canada, *ESCC 2011-2012*, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 18 ans et plus).
- ⁴¹ ISQ. *12 — La Chaudière-Appalaches ainsi que ses municipalités régionales de comté (MRC)*, Consulté en décembre 2014, http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_00/region_00.htm.
- ⁴² CSST, *Fichiers des lésions professionnelles, 1997 à 2012*, données produites par l'Infocentre de santé publique.
- ⁴³ ISQ, *EQSP 2008*, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 15 ans et plus).
- ⁴⁴ Statistique Canada, *ESCC 2005*, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 15 à 74 ans).
- ⁴⁵ Statistique Canada, *ESCC 2011-2012*, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 15 à 74 ans).
- ⁴⁶ Statistique Canada, *ESCC 2011-2012*, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 65 ans et plus).
- ⁴⁷ ISQ, *EQSP 2008*, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 65 ans et plus).
- ⁴⁸ Données produites par le BSV, 2013-2014.
- ⁴⁹ MSSS. *Système de surveillance et de vigie sanitaire des maladies à déclaration obligatoire*, 2013.
- ⁵⁰ MSSS. *Système d'information des infections nosocomiales*, 2009-2010 à 2013-2014.
- ⁵¹ MSSS, *Fichier des tumeurs du Québec 2006 à 2010*, données produites par l'Infocentre de santé publique.
- ⁵² Statistique Canada. *Recensement 2006*, données produites par l'Infocentre de santé publique.

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

Québec 