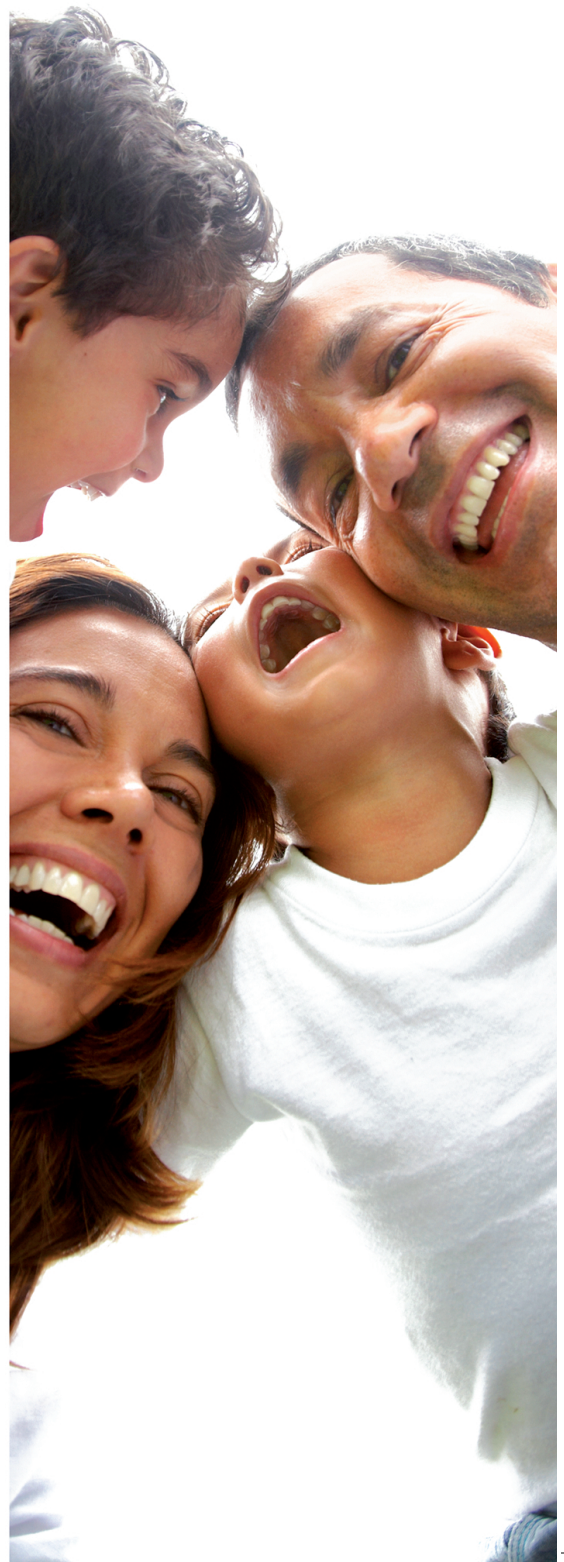




Rapport Annuel de gestion 08-09

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie

Québec 



Ce document a été produit par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

300, rue King Est, bureau 300

Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Téléphone : 819 566-7861

Télécopieur : 819 569-8894

COORDINATION

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

RÉDACTION

Directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

GRAPHISME DE LA PAGE COUVERTURE

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

RÉVISION DES TEXTES, MISE EN PAGE ET CORRECTION

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

DIFFUSION

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

DÉPÔT LÉGAL

ISBN 978-2-923743-10-3 (version imprimée)

ISBN 978-2-923743-11-0 (version PDF)

Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2009

Bibliothèque et archives du Canada, 2009

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

Pour obtenir copie de ce document, vous pouvez communiquer avec le Service de la performance, de la qualité et des communications de la Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines, au numéro suivant : 819 829-3400, poste 42548. Ce document est également disponible sur le site Internet de l'Agence, à l'adresse suivante :

>>> www.santeestrie.qc.ca.

>>> Table des matières

1.	MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE	1
2.	DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES	3
3.	RÔLE ET ÉTAT GÉNÉRAL DU FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE	4
3.1.	Mission et valeurs	4
3.2.	Territoire couvert et sa population	8
3.3.	Réseau d'établissements de santé et de services sociaux	8
3.4.	Organismes communautaires	9
3.5.	Conseil d'administration	9
3.6.	Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration	10
3.7.	Forum de la population	10
3.8.	Comité de vigilance et de la qualité	11
3.9.	Commission infirmière régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités	12
3.10.	Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités	13
3.11.	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	15
3.12.	Comité régional sur les services pharmaceutiques : sa composition et ses principales activités	17
3.13.	Département régional de médecine générale : sa composition et ses principales activités	18
4.	ENJEUX PRIORITAIRES	20
4.1	Enjeu 1 : Consolidation de l'organisation des services de santé et des services sociaux, en partenariat avec les établissements et les organismes communautaires, adaptés aux besoins de la population pour assurer une meilleure accessibilité, continuité et qualité des services, avec une optimisation de l'utilisation des ressources	20
4.1.1	Orientation 1 : Adapter l'organisation des services de santé et des services sociaux en fonction des besoins de la clientèle et du vieillissement de la population	20
4.1.1.1.	<i>Services adaptés aux besoins de la population</i>	20
4.1.2	Orientation 2 : Consolider l'offre de services de première ligne et de services spécialisés pour une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services	21
4.1.2.1	<i>Programmes-services</i>	21
4.1.2.2	<i>Services généraux</i>	27
4.1.3	Orientation 3 : Favoriser l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés	31
4.1.3.1	<i>Services de consultation spécialisée à l'endroit de la première ligne</i>	31

>>> Table des matières

IV

4.1.4 Orientation 4 : Développer un partenariat privilégié dans la mise en réseau des services	32
4.1.4.1 <i>Projet clinique et organisationnel : partenariat et mise en réseau de services de santé et de services sociaux</i>	32
4.1.4.2 <i>Mécanismes de concertation</i>	32
4.1.4.3 <i>Implantation du cadre de référence régional sur le plan des services individualisés</i>	32
4.1.5 Orientation 5 : Répondre aux défis par le développement d'une organisation performante et novatrice des services de santé	33
4.1.5.1 <i>Performance</i>	33
4.1.6 Orientation 6 : Assurer la qualité des soins et des services de santé et de services sociaux offerts	33
4.1.6.1 <i>Amélioration continue de la qualité</i>	33
4.1.6.2 <i>Sécurité civile</i>	35
4.1.6.3 <i>Prestation sécuritaire</i>	36
4.1.6.4 <i>Certification des résidences pour personnes âgées</i>	37
4.1.6.5 <i>Plan régional de traitement des plaintes</i>	38
4.1.7 Orientation 7 : Assurer une gestion rigoureuse en optimisant l'utilisation des ressources disponibles	39
4.1.7.1 <i>Ressources financières</i>	39
4.1.7.2 <i>Ressources matérielles</i>	39
4.1.7.3 <i>Ressources informationnelles et technologiques</i>	40
4.2 Enjeu 2 : Maximisation de notre capacité d'attraction, de rétention et d'adaptation à l'évolution de la pénurie actuelle et appréhendée en ressources humaines, dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie	45
4.2.1 Orientation 8 : Augmenter le pouvoir d'attraction du secteur de la santé et des services sociaux	46
4.2.1.1 <i>Recrutement de la main-d'œuvre</i>	46
4.2.2 Orientation 9 : Améliorer les processus de recrutement des établissements	47
4.2.2.1 <i>Recrutement de la main-d'œuvre</i>	47
4.2.3 Orientation 10 : Accroître le taux de rétention de la main-d'œuvre dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux du Québec	48
4.2.3.1 <i>Rétention de la main-d'œuvre</i>	48
4.2.4 Orientation 11 : Positionner le développement des compétences auprès des employeurs et des employées et employés du secteur, comme source privilégiée de motivation de la main-d'œuvre et d'amélioration de la performance des établissements	49
4.2.4.1 <i>Développement des compétences des ressources humaines</i>	49

4.2.5 Orientation 12 : Bonifier la programmation des activités de développement des compétences en fonction des besoins spécifiques des établissements	49
4.2.5.1 <i>Développement de compétences des ressources humaines</i>	49
4.2.6 Orientation 13 : Développer une image de marque et d'employeurs de choix dans notre région aux yeux des candidates et des candidats, ainsi que du personnel	50
4.2.6.1 <i>Connaissance et reconnaissance du réseau estrien, et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux</i>	50
4.2.7 Orientation 14 : Mobiliser l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux autour du réseau estrien, et des enjeux de la planification de la main-d'œuvre	50
4.2.7.1 <i>Connaissance et reconnaissance du réseau estrien, et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux</i>	50
4.3 Enjeu 3 : Développement et mise en œuvre d'actions efficaces en promotion de la santé et de bien-être, en prévention des maladies et en protection de la santé publique	51
4.3.1 Orientation 15 : Accentuer les mesures de promotion de la santé et de bien-être, et de prévention primaire des maladies dans tous les domaines de la santé publique	51
4.3.1.1 <i>Habitudes de vie et maladies chroniques</i>	51
4.3.1.2 <i>Traumatismes non intentionnels</i>	56
4.3.1.3 <i>Maladies infectieuses</i>	57
4.3.1.4 <i>Santé environnementale</i>	58
4.3.1.5 <i>Santé au travail</i>	59
4.3.1.6 <i>Développement, adaptation et intégration sociale</i>	60
4.3.2 Orientation 16 : Utiliser des méthodes et des stratégies efficaces pour agir dans les différents domaines de la santé publique	64
4.3.2.1 <i>Action intersectorielle</i>	64
4.3.2.2 <i>Pratiques cliniques préventives</i>	65
4.3.2.3 <i>Soutien au développement des communautés</i>	65
4.3.3 Orientation 17 : Assurer la protection de la santé publique par une vigie sanitaire et par l'application des lignes directrices lors de signalements, d'éclosions, ou de déclarations de maladies ou d'intoxications à déclaration obligatoire	65
4.3.3.1 <i>Maladies infectieuses</i>	65
4.3.3.2 <i>Santé environnementale</i>	66
4.3.3.3 <i>Santé au travail</i>	66
5. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	67
5.1 Contrôle de la conformité	67
5.2 Organismes communautaires et leurs secteurs d'activités	68
6. DONNÉES FINANCIÈRES	69
6.1 Rapport de la direction	69
6.2 États financiers de l'Agence	70

>>> Table des matières

6.2.1	États des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées pour l'exercice terminé le 31 mars 2009	71
6.2.2	États des soldes des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2009	75
6.2.3	Bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2009	79
6.2.4	Bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2009	80
6.2.5	État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2009	81
6.2.6	Notes aux états financiers	82
6.3	Allocations des ressources financières aux établissements	93
6.3.1	Allocations 2008-2009	93
6.3.2	Autorisations d'emprunt	96
6.3.3	Objectif de retour à l'équilibre budgétaire	96
6.4	Allocation des ressources aux organismes communautaires	97

VI

7.	DÉFIS DES PROCHAINES ANNÉES	103
----	--	-----

>>> Annexes

Annexe 1 -	Organigramme de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2009	106
Annexe 2 -	Code d'éthique et de déontologie des administratrices et des administrateurs	107
Annexe 3 -	Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière 2008-2009	112
Annexe 4 -	Réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie	140

>>> Liste de sigles

AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
AOGQ	Association des obstétriciens et gynécologues du Québec
APSAM	Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail dans le secteur des affaires municipales
BATH	Besoin d'aide technique lors de l'hygiène
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCMU	Centre de coordination des mesures d'urgence
CHQ	Corporation d'hébergement du Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIRE	Commission infirmière régionale de l'Estrie
CJE	Centre jeunesse de l'Estrie
CLSC	Centre local de services communautaires
CMURE	Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie
COGESAF	Conseil de gouvernance de l'eau des bassins versants de la rivière Saint-François
COPIN	Comité de planification et d'intervention
CRDPE	Comité régional du développement du personnel d'encadrement
CRE	Centre de réadaptation Estrie
CREE	Conférence régionale des élus de l'Estrie
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS-IUGS	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DAMU	Direction des affaires médicales et universitaires
DGACRH	Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines
DI-TED	Déficiência intellectuelle – Trouble envahissant du développement

DNSP	Directeur national de santé publique
DOS	Direction de l'organisation des services
DP	Déficiência physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Directrices et directeurs des services professionnels
DSPE	Direction de santé publique et de l'évaluation
DSQ	Dossier de santé du Québec
ETC	Équivalent temps complet
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
GP2S	Groupe de promotion pour la prévention en santé
GPMO	Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre
ICCA	Institut canadien des comptables agréés
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
LPI	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MFQ	Ministère des Finances du Québec
MGF	Manuel de gestion financière
MICC	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
MRC	Municipalités régionales de comté

>>> Liste de sigles

VIII

MRNF	Ministère des Ressources naturelles et de la Faune
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PACS	Picture Archiving and Communication System
PAG	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir
PAICE	Programme structuré d'accueil et d'intégration des cadres en Estrie
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PCGR	Principes comptables généralement reconnus
PCP	Pratiques cliniques préventives
PFT	Programme fonctionnel et technique
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PMO-PPE	Planification de la main-d'œuvre - Plan prévisionnel des effectifs
PNSP	Programme national de santé publique
POD	Point of Distribution
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PRIE	Projet régional d'intégration en Estrie
PRIESH	Partenariat régional d'intégration des professionnels de la santé d'expression anglaise
PRIMOS	Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé
PRIMOSSS	Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé et services sociaux
PSI	Plan de services individualisés
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RID	Répertoire d'imagerie diagnostique
RRAS	Régime de retraite de l'administration supérieure

RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RSIPA	Réseau de services intégrés aux personnes âgées
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SIGG	Système d'information géranto-gériatrique
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIR	Système d'information en radiologie
SISAT	Système informatique en santé au travail
SISSS	Système d'information pour la sécurité des soins et des services
SIV	Soutien intensité variable
SNT	Site non traditionnel
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
TCRE	Table de coordination régionale de l'Estrie
TECFE	Table estrienne de concertation Formation-Emploi
TECO	Townships Education and Career Opportunities
TRQ	Table régionale Qualité
TOT	Projet de transformation de l'organisation du travail
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
TRRH	Table régionale des ressources humaines
TRRI	Table régionale des ressources informationnelles
VHR	Véhicules hors routes
VPH	Virus du papillome humain

>>> 1. Message du président-directeur général et du président du conseil d'administration de l'Agence



Dr Michel Baron

M^e Denis Paré

Pour une sixième année consécutive, le réseau de la santé et des services sociaux a bénéficié d'investissements importants pour la consolidation et le développement de l'offre de service. Nous avons pu maintenir le rythme d'amélioration et consacrer des ressources pour les objectifs prioritaires acceptés par l'ensemble des partenaires du réseau, en début d'année. Nous pouvons regrouper ces objectifs sous trois chapitres.

Accessibilité

La priorité numéro un demeure l'accessibilité aux services dans tous les programmes, mais particulièrement en santé physique. L'augmentation des maladies chroniques nous oblige à renforcer la réponse du réseau. La prise en charge des clientèles vulnérables est le grand défi des établissements de première ligne. Chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS) est maintenant doté d'un guichet unique. Sous la responsabilité du Département régional de médecine générale (DRMG), les directions d'établissements ont été appelées à intensifier leurs efforts pour impliquer davantage les médecins et à les soutenir pour augmenter leur participation. Les démarches pour un meilleur arrimage entre la première et la deuxième ligne se poursuivent. Ces efforts ne se limitent pas à la santé physique, mais à toutes les clientèles vulnérables en santé mentale, en déficience physique ou intellectuelle, et en jeunesse. D'ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a alloué des ressources financières supplémentaires pour permettre d'actualiser un vaste programme d'amélioration de l'accessibilité en déficience physique et intellectuelle, ainsi que pour les troubles envahissants du développement. Les initiatives pour améliorer l'accès à la consultation médicale et à l'imagerie diagnostique ont continué. Nous avons pu constater une amélioration significative pour les consultations, mais les problèmes en imagerie persistent. Il faudra intensifier les travaux.

Adaptation des services

Les besoins augmentent, mais aussi se transforment, d'où la nécessité d'adapter les services. Dans cette optique, nous avons entrepris une vaste réorganisation des services résidentiels en santé mentale. Un des objectifs de la démarche est de confier la responsabilité de l'hébergement à la première ligne, tout en visant des ressources d'hébergement mieux adaptées à la réinsertion dans la communauté des personnes souffrant d'un problème de santé mentale.

Également, pour faire face à l'augmentation de la population vieillissante, les services de courte durée doivent s'adapter. Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) ont entrepris des travaux pour implanter l'approche « gériatrique » dans toutes les unités de soins. Cette adaptation constante vise également les services à domicile pour personnes âgées et les services de réadaptation physique de première et de deuxième ligne. Dans le secteur jeunesse, nous avons procédé à la mise en œuvre des orientations régionales découlant de la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Performance des services

Avec les besoins croissants et les ressources limitées, nous devons poursuivre sur la voie de la performance en portant une attention particulière à la qualité. Une meilleure performance passe par une meilleure gouvernance, à laquelle toutes et tous adhèrent et participent. La formation d'un comité directeur pour chacun des programmes-services, présidé par une directrice générale ou un directeur général répondant, allait dans ce sens. La première année d'opération avec cette structure a été un vif succès. La révision du processus des ententes de gestion et des offres de service qui en découlent a permis une meilleure imputabilité. Tous les établissements se sont engagés à identifier et à améliorer les secteurs où la productivité était déficiente. Ils ont inclus ces secteurs dans leurs offres de service. Ils acceptent de se comparer entre eux pour identifier les meilleures pratiques et les adopter.

En mai 2008 se tenait la première réunion de la nouvelle Table régionale Qualité. Ce comité s'inscrit dans la structure existante de concertation entre les établissements et l'Agence. Elle est l'interlocutrice privilégiée pour formuler à l'ensemble du réseau des avis et des recommandations. Elle vise le développement et le partage d'outils de travail. Elle aidera le réseau non seulement à faire plus avec moins, mais à faire mieux.

Accès, adaptation et performance ne peuvent se réaliser sans des ressources humaines adéquates en nombre et en qualité. Le vaste chantier entrepris en 2007 s'est continué. Ce plan de cinq ans trace la route et identifie clairement une série de mesures devant nous permettre d'attirer, de former et de retenir une main-d'œuvre qualifiée. Selon les résultats obtenus, nous ajustons continuellement ce plan. Nous sommes satisfaits des résultats des deux premières années. Nous demeurerons vigilants, car des années difficiles sont encore devant nous.

Vous trouverez, dans ce rapport, un portrait détaillé de tous les objectifs fixés en début d'année par le conseil d'administration à chaque direction. Nous pouvons affirmer « mission accomplie ». Nous avons atteint les résultats escomptés. Nous tenons à remercier chaque membre du personnel de l'Agence, ainsi que les directrices et les directeurs. Un merci tout spécial à tous les partenaires du réseau. En travaillant dans le même sens, ils donnent beaucoup plus d'efficacité aux efforts et permettent une amélioration continue des services. Merci aux organismes communautaires pour leur apport. Ils sont des reflets fidèles d'une société en continuelle mutation. Merci aux directrices générales et aux directeurs généraux, ainsi qu'aux membres des conseils d'administration pour leur participation et leur dévouement. Merci également à tous les bénévoles qui participent aux différentes instances de l'Agence et nous permettent de poursuivre des objectifs réalistes et pertinents.

La population de l'Estrée est fière de son réseau de santé et de services sociaux. Le degré d'appartenance est très élevé. La direction de l'Agence, consciente de ses responsabilités, poursuivra ses efforts pour préserver, consolider et améliorer les services.



D^r Michel Baron
Président-directeur général



M^e Denis Paré
Président du conseil d'administration

2. Déclaration sur la fiabilité des données

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2008-2009 de l'Agence :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion, ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.



D^r Michel Baron
Président-directeur général

3. Rôle et état général du fonctionnement de l'Agence

3.1 Mission et valeurs de l'Agence

Mission

La mission de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de sa population, et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en partenariat avec les établissements, les organismes communautaires et les autres partenaires concernés.

L'Agence exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de mise en réseau de services, de surveillance, de promotion et de protection de la santé publique, de financement, d'allocation de ressources humaines, et de services généraux et spécialisés.

Les principaux mandats de l'Agence sont définis à l'article 340 de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). À cette fin, l'Agence a pour objet de :

- assurer la participation de la population à la gestion du réseau;
- assurer le respect des droits des usagères et des usagers;
- s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagères et aux usagers;
- faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
- allouer les budgets destinés aux établissements, accorder les subventions aux organismes communautaires et attribuer les allocations financières aux ressources privées;
- coordonner les activités médicales particulières, les activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agentes et agents de développement de leur milieu;
- coordonner les services avec ceux offerts dans les autres régions;
- mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes :
 - o informer sur l'état de santé de la population, les problèmes de santé prioritaires, les groupes vulnérables, les facteurs de risques, les interventions efficaces;
 - o identifier des situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population;
 - o mettre en place des mesures de protection de la santé publique;
 - o développer une expertise en promotion et en prévention;
 - o identifier des situations où une activité intersectorielle s'impose;
- assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- exercer les responsabilités prévues à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes en fonction des cibles nationales et régionales, et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- soutenir les établissements dans l'organisation des services;

- intervenir auprès des établissements pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente, préciser la contribution attendue de chacun des établissements;
- permettre aux établissements l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
- s'assurer des mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements;
- développer des outils d'information et de gestion pour les établissements et les adapter à leurs particularités;
- développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services, et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;
- développer des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits des usagers et des usagers;
- exécuter tout autre mandat que le ministre lui confie;
- assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels (article 371);
- élaborer, en tenant compte des orientations déterminées par le ministre et des politiques qu'il établit, et en collaboration avec les établissements et les organismes concernés, des plans régionaux en matière de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines, et veiller à leur application (article 376);
- veiller au respect des orientations et des priorités en matière de santé et de bien-être, en regard du respect des priorités définies (article 346);
- délivrer la certification à l'exploitante ou à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées si, après vérification, cette exploitante ou cet exploitant remplit les conditions prévues (article 346.0.7);
- faire une inspection dans une résidence pour personnes âgées dont l'exploitante ou l'exploitant est titulaire d'un certificat de conformité, afin de vérifier dans quelle mesure cet exploitant ou cette exploitante remplit les conditions prévues (article 346.0.8);
- élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, pour les personnes d'expression anglaise, dans les centres exploités par les établissements (article 348);
- favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui est respectueuse des caractéristiques des communautés culturelles, en concertation avec les organismes représentatifs de ces communautés culturelles et les établissements (article 349).

Valeurs

L'Agence préconise des valeurs qui l'animent et la soutiennent dans toutes ses activités et ses relations avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, dont les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels :

- Le respect
- L'équité
- Le partenariat
- La reconnaissance
- La performance

Le respect, l'équité, le partenariat, la reconnaissance et la performance sont les valeurs sur lesquelles s'appuie l'Agence pour accomplir sa mission et établir ses relations avec ses partenaires du réseau sociosanitaire, dont les organismes communautaires, et avec ses partenaires intersectoriels.

Ces valeurs partagées permettent de travailler ensemble en vue de prendre les meilleures décisions et de rendre les meilleurs services à la population. En privilégiant ces cinq valeurs, l'Agence exprime l'intention qu'elles soient respectées, dans ses rapports avec ses partenaires, avec d'autres organisations, ou encore avec le public en général, et qu'elles soient également respectées en regard des ressources humaines.

Il va de soi que les décisions que prendra le réseau de la santé et des services sociaux devront respecter l'ensemble des valeurs préconisées, sans privilégier l'une au détriment de l'autre. Les précisions qui suivent viennent enrichir l'énoncé de chaque valeur et donner, à titre indicatif, la perspective dans laquelle pourra s'incarner chacune d'elles.

Respect

Le respect consiste en un sentiment de considération, d'égard envers quelqu'un ou quelque chose, manifesté par une attitude déférente envers celui-ci et le souci de ne pas porter atteinte à cette personne ou à cette chose.

Cette première valeur choisie constitue l'assise des valeurs communes du réseau de la santé et des services sociaux, et exprime le respect des citoyennes et des citoyens, des groupes, des organisations et des informations transmises sous le couvert de la confidentialité.

Le respect se manifeste également dans les attitudes et dans les comportements à l'égard du personnel, des partenaires du réseau sociosanitaire, dont les organismes communautaires, des partenaires intersectoriels et de la population :

- À l'égard du personnel, des partenaires intersectoriels et de la population, le respect commande l'attention qu'on leur accorde, l'écoute de leurs besoins et de leurs attentes. Le respect de la dignité humaine et de la valeur de chaque personne doit toujours inspirer l'exercice de l'autorité et de la responsabilité.
- À l'égard des partenaires du réseau, dont les organismes communautaires, le respect fait appel à l'ouverture envers ces derniers, qui encadrent et rendent possible l'exercice de la mission de l'Agence. Cette valeur implique une relation de confiance avec les partenaires de travail et envers le réseau de la santé et des services sociaux.

Équité

L'équité est un sentiment de justice naturelle et spontanée, fondée sur la reconnaissance des droits de chacune et de chacun, sans qu'elle soit nécessairement inspirée par les lois en vigueur. C'est également un principe qui conduit à corriger des inégalités que subissent des personnes ou des groupes moins favorisés.

La notion d'équité s'applique d'abord à la population, aux établissements et aux organismes communautaires. Elle s'applique également au personnel.

Cette valeur s'appuie sur les droits et libertés des personnes, et signifie que notre organisation vise un équilibre dans l'accès aux ressources et à la gamme de services de santé et des services sociaux offerts sur l'ensemble du territoire. L'équité suppose que nos procédés ne créent ni préjudice ni désavantage manifeste, et que toutes et tous soient à l'abri d'une forme d'injustice quant aux résultats de nos actions.

L'équité implique une attention particulière aux populations moins favorisées. L'Agence tient compte des caractéristiques spécifiques des individus ou des groupes. Le principe d'équité doit s'appliquer dans la gestion, l'organisation et la dispensation des services auprès de la population du territoire.

Partenariat

Le partenariat désigne un accord formel entre deux ou plusieurs parties qui ont convenu de travailler en coopération dans la poursuite d'objectifs communs.

L'Agence reconnaît l'apport essentiel de tous les acteurs du milieu de la santé et des services sociaux de la région de l'Estrie, par le partage de leurs ressources et par leur complémentarité à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

L'Agence croit en l'importance d'établir des rapports de collaboration avec les citoyennes et les citoyens, les partenaires, les syndicats et les autres organisations qui se sentent liés, ou qui partagent une responsabilité et des intérêts communs en lien avec le réseau de la santé et des services sociaux.

En choisissant cette valeur, l'Agence souligne l'importance de développer une coopération avec tous les partenaires du réseau, dont les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels, afin de favoriser une organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de santé et les services sociaux de la population, et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau.

Reconnaissance

La reconnaissance signifie que l'Agence est consciente que ses partenaires et son personnel sont les atouts les plus précieux de son organisation et la clé de son succès. À ce titre, l'Agence les reconnaît et les valorise, entre autres, par de la formation et du soutien à la prise de l'emploi.

La reconnaissance implique la considération des qualités, des compétences et des contributions individuelles et collectives qui génèrent des innovations permettant d'améliorer les soins et les services de santé et les services sociaux. Ces résultats méritent d'être soulignés et mis en valeur. Celles et ceux qui les ont développés doivent pouvoir constater l'appréciation de leur milieu. De plus, tous les efforts pour faire mieux doivent être encouragés et appuyés.

L'Agence reconnaît l'importante contribution des ressources humaines pour l'actualisation de sa mission. La participation et l'engagement du personnel et des partenaires, dont les organismes communautaires, sont essentiels au développement d'une organisation de services intégrés, ainsi qu'à la prestation de services de qualité.

Performance

La performance vise l'utilisation optimale des ressources. En retenant la performance au nombre de ses valeurs, l'Agence affirme être en mesure d'assumer ses responsabilités, ses fonctions et les mandats qui lui sont confiés, avec les ressources dont elle dispose et qu'elle gère avec efficacité et efficience.

L'Agence a le souci d'obtenir les meilleurs résultats en utilisant le mieux possible les ressources humaines, matérielles, financières et informatiques à sa disposition.

L'utilisation optimale des ressources nécessite une approche d'imputabilité rigoureuse et une démarche d'intersectorialité, où la mise en commun des habilités, des connaissances, des perceptions, la recherche constante de solutions plus adéquates, ainsi que l'entraide et le support mutuel, contribuent à l'atteinte des meilleurs résultats possibles.

Cette valeur suggère enfin l'importance d'être attentif à saisir les opportunités de développement ou d'optimisation, tout en ayant un souci de premier ordre pour la qualité des services. En ce sens, l'Agence vise à satisfaire, dans le respect des normes, selon les meilleures pratiques et au moindre coût, les besoins et les attentes de la population qu'elle dessert.

3.2 Territoire couvert et sa population

En Estrie, le réseau de la santé et des services sociaux couvre un territoire de 10 187,5 km² divisé en six MRC et un territoire équivalent, soit celui de la ville de Sherbrooke. Le réseau dessert une population de 304 702 personnes.

MRC ou Territoire	Population 2008*			Superficie (km ²)
	Masculin	Féminin	Total	
MRC des Sources	7 329	7 208	14 537	777,35
MRC de Coaticook	9 541	9 143	18 684	1 331,83
MRC du Granit	11 569	11 010	22 579	2 731,80
MRC du Haut-Saint-François	11 574	10 833	22 407	2 276,00
MRC du Val-Saint-François	14 973	14 297	29 270	1 380,41
MRC de Memphrémagog	22 991	23 547	46 538	1 323,20
Ville de Sherbrooke	73 355	77 332	150 687	366,00

* **Source :** Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Service des statistiques sociales et démographiques. Estimations de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidentes et les résidents non permanents, basées sur le recensement de 2006, version du 14 avril 2009 (découpage en vigueur le 1^{er} janvier 2009). Les données de l'année 2008 sont des données provisoires.

3.3 Réseau d'établissements de santé et de services sociaux

Au 31 mars 2009, la population estrienne était desservie par 17 établissements de santé et de services sociaux répartis de la façon suivante, en fonction de leur mission :

Établissements	Publics	Privés
Centres de santé et de services sociaux (CSSS) : CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) CSSS des Sources CSSS de la MRC-de-Coaticook CSSS du Granit CSSS du Haut-Saint-François CSSS du Val-Saint-François CSSS de Memphrémagog	7	
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : CHSLD Vigi Shermont La Maison Blanche de North Hatley inc. Foyer Wales		3
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse : Centre jeunesse de l'Estrie (CJE)	1	

Centres de réadaptation :		
▪ Alcoolisme et toxicomanie : Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges	1	
▪ Déficience intellectuelle : Centre d'accueil Dixville inc. Centre Notre-Dame-de-l'Enfant inc.	2	
▪ Déficience physique : Centre de réadaptation Estrie (CRE)	1	
▪ Mères en difficulté d'adaptation : Villa Marie-Claire inc.		1
Centre hospitalier universitaire Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)	1	

Deux établissements de la région ont une vocation universitaire. Il s'agit du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

L'Agence, avec le réseau des établissements de l'Estrie, a revu ses modalités de concertation. Cette révision a permis à toutes et à tous de franchir une étape importante en ce qui a trait à la collaboration et le partenariat. Les établissements et l'Agence ont créé une Table de coordination du réseau de l'Estrie (TCRE), à laquelle se greffent différentes tables de travail et des comités directeurs pour chaque programme-services auxquels l'Agence et les établissements participent.

3.4 Organismes communautaires

L'Agence a accordé un soutien financier à 124 organismes communautaires pour un montant total 15 941 805 \$. Le financement en soutien à la mission globale accordé à 111 organismes communautaires totalise 13 279 109 \$. Parmi ces organismes, 35 ont aussi reçu un financement en entente pour des activités spécifiques. L'Agence a de plus financé des ententes pour des activités spécifiques à treize organismes communautaires, dont le ministère port d'attache n'est pas le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La liste complète des allocations relatives au Programme de soutien aux organismes communautaires se trouve au point « 6.4 Allocation des ressources aux organismes communautaires ».

3.5 Conseil d'administration

Au 31 mars 2009, le conseil d'administration était composé des personnes suivantes :

- M. Gérald Badger, organismes socioéconomiques
- M^{me} Lynda B.-Provencher, membre cooptée
- M^{me} Madeleine Bélanger, membre cooptée
- M^{me} Suzanne Boulanger, membre cooptée
- D^r Robert Cloutier, Département régional de médecine générale
- D^r Pierre Cossette, Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
- M^{me} Lise Drouin-Paquette, **vice-présidente**, organismes socio-économiques
- M. Jean Lacharité, milieu syndical
- M. Alain Gagné, Commission infirmière régionale de l'Estrie
- M. Marc Lauzière, Université de Sherbrooke
- M^{me} Louise Lévesque, organismes communautaires
- M^{me} Yolande Nantel, secteur public de l'enseignement
- M. Denis Paré, **président**, établissements autres que les CSSS et les CHSLD
- M. Alex G. Potter, CSSS ou CHSLD
- M^{me} Norah Humérez-Comtois, comités des usagers des établissements
- D^r Michel Baron, **secrétaire**, président-directeur général de l'Agence

3.6 Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration

Le code d'éthique et de déontologie porte principalement sur les devoirs et les obligations des membres du conseil d'administration, à titre d'administratrices et d'administrateurs publics.

Le code affirme les valeurs de l'organisation et précise les conduites attendues de chacune et de chacun. Il traite des règles relatives à la confidentialité et aux conflits d'intérêts, de l'interdiction des pratiques liées à la rémunération, et des obligations des administratrices et des administrateurs après la cessation de leurs fonctions. Il énonce aussi des règles relatives aux assemblées du conseil d'administration.

En vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30) et du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le code d'éthique et de déontologie des administratrices et des administrateurs doit être accessible au public. Il est donc produit à l'Annexe 2.



Enfin, pour l'année 2008-2009, aucun manquement à ce code n'a été signalé.

3.7 Forum de la population

Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles, et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services.

De plus, l'Agence doit prendre avis du Forum aux fins d'élaborer son plan stratégique pluriannuel, et le consulter avant de mettre en œuvre son plan régional de santé publique.

Au 31 mars 2009, le Forum était composé des quinze personnes suivantes :

- M. Pierre-Hugues Boisvenu
- M. André Charest
- M^{me} Hélène Dauphinais
- M^{me} Lise Drouin-Paquette
- M. Jean-Claude Dumas
- M^{me} Sylvie Harvey, **vice-présidente**
- M. Samuel Morin
- M. Georges Pellerin
- M. Claude Quintin, **président**
- M^{me} Ginette Simoneau
- M. Dan Paul Soroceanu
- M. Jean-Guy St-Gelais
- M. Jacques Talbot
- M. Raymond Yates
- M. George Zevgolits

Réalisations

Depuis le 1^{er} avril 2008, les membres du Forum de la population se sont réunis à cinq reprises. Le taux de participation globale des membres à ces rencontres a été de 60 %. Quatre nouveaux membres se sont joints au Forum afin d'en compléter la composition maximale. Les remplacements ont été faits à partir de la liste des membres substitués.

Comme le prévoient les règles de fonctionnement du Forum, les membres ont procédé le 24 novembre 2008 aux nominations annuelles à la présidence et à la vice-présidence du Forum. Monsieur Claude Quintin et madame Sylvie Harvey ont été respectivement reconduits à la présidence et à la vice-présidence.

Durant cette période, les membres du Forum ont apporté une contribution significative aux dossiers de la planification stratégique pluriannuelle et de la promotion des droits des usagers et des usagères.

Monsieur Claude Quintin, président du Forum, a été désigné pour siéger au comité de pilotage de la démarche de planification stratégique pluriannuelle 2008-2011. Madame Sylvie Harvey était membre substitut. Le président du Forum a participé à quatre rencontres du Comité régional estrien pour la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental en santé.

Mesdames Odette Michaud et Ginette Simoneau, ainsi que messieurs Jean-Guy Saint-Gelais et Georges Allard ont participé activement aux rencontres du groupe de travail mis en place pour élaborer la Plan d'action intégré en promotion des droits. Monsieur Saint-Gelais a collaboré au tournage d'une production audiovisuelle qui servira d'outil promotionnel dans ce dossier. Les membres du Forum ont participé, le 22 octobre 2008, à une activité annuelle de « Promotion des droits » organisée pour la présentation en Estrie du rapport annuel de la Protectrice des usagers, et pour le lancement du Plan d'action intégré en promotion des droits.

Les membres ont procédé à la révision des règles de fonctionnement du Forum et ont entrepris la validation de l'entente administrative portant sur la mise en place du Forum, en vue du processus de désignation prévu en février 2010. Ils se sont aussi dotés d'un plan de travail 2009-2010.

La page dédiée au Forum sur le site Internet de l'Agence a été améliorée. Une adresse courriel dédiée au Forum a été ajoutée.

À chacune des rencontres du Forum, un point d'information sur les décisions du conseil d'administration est fait par madame Lise Drouin-Paquette, vice-présidente du conseil d'administration de l'Agence.

3.8 Comité de vigilance et de la qualité

Le Comité de vigilance et de la qualité a tenu trois rencontres en 2008-2009. Les sujets abordés ont été :

- le suivi des plaintes traitées par le commissaire régional;
- l'appropriation du cadre de référence sur le pouvoir d'intervention du commissaire;
- l'adhésion au plan d'action intégré sur la promotion des droits des usagères et des usagers;
- la réception et la recommandation, au conseil d'administration de l'Agence, du rapport consolidé des plaintes pour l'Estrie préparé par le commissaire régional.

Les membres du comité sont :

- M^{me} Lise Drouin Paquette, membre du conseil d'administration et présidente du comité
- M^{me} Louise Lévesque, vice-présidente
- M^{me} Norah Humérès-Comtois
- M. Pierre Richard, commissaire aux plaintes et à la qualité des services
- D^r Michel Baron, président-directeur général de l'Agence

3.9 Commission infirmière régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2009, la Commission infirmière régionale de l'Estrie (CIRE) était composée des personnes suivantes :

Membres votants

M ^{me} Nicole Bolduc, présidente	Représentante de l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke
Vacant	Gestionnaire des soins infirmiers
M ^{me} Linda Dieleman, secrétaire	Infirmière désignée par le président-directeur général de l'Agence
Vacant	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
M. Alain Gagné	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers CSSS de Memphrémagog
M ^{me} Claude Gadbois	Représentante des cégeps Programme de soins infirmiers Cégep de Sherbrooke
M ^{me} Julie Grenier	Membre du comité d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires CHUS
M ^{me} Danielle Lareau	Gestionnaire en soins infirmiers CSSS de Memphrémagog
M. Michel Lévesque	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers CSSS-IUGS
M ^{me} Sylvie Pépin	Membre du comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires CSSS-IUGS
M. Hugues Provencher-Couture	Infirmier praticien CHUS
M ^{me} Chantal Tardif	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers CSSS des Sources

Membres observateurs

M ^{me} Lucie Desrosiers	Infirmière chef d'unité des soins infirmiers CSSS du Haut-Saint-François
M ^{me} Louise Éthier	Infirmière en prévention des maladies chroniques CSSS de Coaticook
M ^{me} Marielle Lehoux-Brisson	Directrice des soins infirmiers CSSS du Val-Saint-François
M ^{me} Lynda Périgny	Directrice de l'organisation des services Agence

La CIRE constitue un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée d'infirmières, d'infirmiers et d'infirmières-auxiliaires représentant différents milieux de pratique des établissements de la région.

Au cours de 2008-2009, soit sa huitième année de fonctionnement, la CIRE a tenu six assemblées au cours desquelles elle a été informée :

- de la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines, lors d'une présentation par le docteur Jean-Bernard Trudeau;
- du portrait régional 2008 de la planification de la main-d'œuvre;
- du suivi des orientations régionales;
- des concepts de mentorat et de préceptorat;
- des intentions du réseau quant à l'utilisation de main-d'œuvre indépendante;
- des mécanismes de prise en charge de la clientèle vulnérable par territoire et de l'organisation des services médicaux de première ligne.

La CIRE a procédé à :

- la formulation d'un avis sur la planification pluriannuelle 2008-2011 pour le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie;
- l'appel de candidatures pour les vacances à combler à la CIRE.

Enfin, les membres de la CIRE ont échangé entre eux sur l'implantation du Plan thérapeutique infirmier.

3.10 Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2009, la Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie (CMURE) était composée des personnes suivantes :

Membres votants

M ^{me} Suzanne K. Bédard	Personne des domaines techniques Centre de recherche clinique CHUS
-----------------------------------	--

M ^{me} Nathalie Bolduc	Professionnelle du domaine social CSSS du Granit
M ^{me} Sandrine Charron	Professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé CSSS du Haut-Saint-François
M ^{me} Louise Constantin	Gestionnaire du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé CRE
M ^{me} Hélène Corriveau	Représentante des facultés et écoles d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé Université de Sherbrooke
M. Guy Lemire, président	Représentant des cégeps de la région Cégep de Sherbrooke
Vacant (deux postes)	Représentante ou représentant des domaines techniques
M. Paul Morin	Représentant des facultés et écoles d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux Université de Sherbrooke
M ^{me} Lynda Périgny, secrétaire	Personne désignée par le président-directeur général de l'Agence
M ^{me} Lorraine Quevillon	Professionnelle du domaine social CSSS du Val-Saint-François
M. Martin Robert	Gestionnaire du domaine social CSSS de Memphrémagog
M ^{me} Hélaine-Annie Roy, vice-présidente	Professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé CRE

Membres observateurs

M. François Bergeron	Nutritionniste CSSS du Haut-Saint-François
M ^{me} Linda Dieleman	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence
M. Pierre-Philippe Lefebvre	Directeur du Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie
Vacant	Membre observateur

La CMURE constitue également un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée de personnes représentant différents milieux de pratique des établissements de la région dans les domaines de la réadaptation et de la santé, ainsi que du domaine social.

Au cours de 2008-2009, soit sa huitième année de fonctionnement, la CMURE a tenu quatre assemblées, au cours desquelles elle a été informée :

- de la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines, lors d'une présentation par le docteur Jean-Bernard Trudeau;
- de l'organisation des services résidentiels en santé mentale 2008-2013;
- du portrait régional 2008 de la planification de la main-d'œuvre;
- du suivi des orientations régionales;
- des mécanismes de prise en charge de la clientèle vulnérable par territoire et de l'organisation des services médicaux de première ligne.

La CMURE a aussi procédé à :

- la formulation d'un avis sur la planification pluriannuelle 2008-2011 pour le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie;
- l'appel de candidatures pour les vacances à combler à la CMURE.

3.11 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Au 31 mars 2009, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée était composée des personnes suivantes :

Membres votants

D ^r Michel Baron	Président-directeur général Agence
D ^r Pierre Beauséjour, président	Département de psychiatrie CHUS
D ^r Pierre Chevrier	Département de médecine de laboratoire CHUS
D ^r Pierre Cossette	Département de médecine CHUS
D ^r Gilles Faust	Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke
D ^{re} Paule Hottin	Département de psychiatrie CSSS-IUGS
D ^r Gaétan Langlois	Département de chirurgie CHUS
D ^r Hervé Walti	(En remplacement du D ^r Claude Lemoine, membre démissionnaire en date du 31 avril 2008) Département de pédiatrie CHUS

D ^r Jean-Marie Moutquin	Département de gynécologie-obstétrique CHUS
D ^r John Robb	Département de médecine CSSS de Memphrémagog
D ^r The-Bao Bui	(En remplacement du D ^r Gérard Schmutz) Département d'imagerie médicale CHUS

Membres observateurs

D ^r Adrian Pusca	Département de médecine CSSS du Granit
M ^{me} Édith Couture	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence
D ^r Philippe Lamontagne, puis D ^r Robert Pronovost (à partir du 1 ^{er} novembre 2008), secrétaire	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence
D ^r Patrice Laplante	Membre observateur Représentant du Département régional de médecine générale
D ^r Frédérick d'Aragon	(En remplacement du D ^r Pascal Robichaud) Membre observateur Médecin résident
D ^r Maurice Roy	Membre observateur Directeur des services professionnels CHUS

La Table, sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, fait des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux, sur l'organisation des services médicaux spécialisés et sur un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés. Le président-directeur général en facilite la mise en place et participe à l'évaluation de l'atteinte des objectifs. Il donne son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés, ainsi que sur les équipements médicaux spécialisés et de la télémédecine. Il donne son avis sur certains projets, tels ceux relatifs à l'utilisation de médicaments. Il donne également son avis sur l'instauration des corridors de services proposée par le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Au cours de l'année 2008-2009, la Table a siégé à trois reprises et a réalisé les travaux suivants :

- La formulation de recommandations sur le Plan régional des effectifs médicaux spécialisés 2009.
- La participation aux travaux de déconcentration des services spécialisés de base.
- L'amorce de la révision des postes vacants dans le plan des effectifs médicaux de chaque établissement et pour chacune des spécialités.
- L'amélioration des communications entre spécialistes, omnipraticiennes et omnipraticiens.

3.12 Comité régional sur les services pharmaceutiques : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2009, le Comité régional sur les services pharmaceutiques était composé des personnes suivantes :

M. Jean-Luc Trottier	Président du comité Représentant des pharmaciennes et des pharmaciens propriétaires
M ^{me} Armelle Apter	Représentante des chefs de département des pharmacies d'établissement
M. Marc-Denis Hubert	Représentant des pharmaciennes et des pharmaciens communautaires
M. Martin Turgeon	Représentant des pharmaciennes et des pharmaciens en établissement
D ^r Michel Baron	Président-directeur général Agence
M ^{me} Édith Couture	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence
D ^r Philippe Lamontagne puis D ^r Robert Pronovost (à partir du 1 ^{er} novembre 2008)	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le Comité exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques, ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments.
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.
- Exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Au cours de l'année 2008-2009, le Comité s'est réuni à deux reprises et a réalisé les travaux suivants :

- L'identification et la réalisation des dossiers prioritaires : les ordonnances collectives, la pandémie de grippe, les systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments, les services pharmaceutiques et la première ligne, ainsi que les prescriptions des médicaments.
- L'identification des ordonnances collectives qui pourraient être regroupées en Estrie, et l'étude des problématiques liées au déploiement de celles-ci.
- L'établissement de liens entre les pharmaciennes et les pharmaciens et la première ligne : le renouvellement des prescriptions, la transmission électronique des profils pharmacologiques, etc.
- L'intégration des pharmaciennes et des pharmaciens dans chacun des réseaux locaux de service.
- Le Plan de relève régional des pharmaciennes et des pharmaciens.
- La formulation d'avis sur le plan des mesures d'urgence, volet Pharmacie.

3.13 Département régional de médecine générale : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2009, le comité de direction du Département régional de médecine générale (DRMG) était composé des personnes suivantes :

Membres élus

D ^r Robert Cloutier	Médecin omnipraticien Catégorie « MRC hors Sherbrooke »
D ^r André Munger	Médecin omnipraticien Catégorie « CLSC »
D ^{re} Raymonde Vaillancourt, chef du DRMG	Médecin omnipraticien Catégorie « Cabinets privés »

Membres nommés

D ^{re} Danielle Blais	Médecin omnipraticien CSSS du Haut-St-François
D ^r Denis Blanchard	Médecin omnipraticien CSSS des Sources
D ^{re} Marie Giroux	Département de médecine de famille Faculté de médecine et sciences de la santé Université de Sherbrooke
D ^r Yvan Fortin	Médecin omnipraticien CSSS du Granit
D ^r Marcel Arcand	Médecin omnipraticien CSSS - IUGS
D ^{re} Suzanne Lamontagne	Médecin omnipraticien CSSS du Val-Saint-François
D ^r Patrice Laplante	Médecin omnipraticien CHUS
M ^{me} Marie-France Fournier puis M ^{me} Johanne Chrétien (janvier 2009)	Professionnelle attachée au comité directeur Direction des affaires médicales et universitaires Agence

Membres d'office

D ^r Michel Baron	Président-directeur général Agence
D ^{re} Louise Soulière	Directrice de la santé publique et de l'évaluation Agence
D ^r Robert Pronovost	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence

Le DRMG est une instance à la disposition des médecins omnipraticiens pour permettre d'améliorer l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services de médecine générale en Estrie, comme dans les diverses régions du Québec. Sous l'autorité du président-directeur général, le DRMG a comme cibles d'intervention, entre autres choses : le Plan régional des effectifs médicaux des omnipraticiennes et des omnipraticiens, le Plan régional d'organisation des services médicaux généraux, les activités médicales particulières et les services médicaux généraux cités dans les programmes-services de l'Agence.

Au cours de l'année 2008-2009, le DRMG a tenu huit assemblées ordinaires. Voici les différents dossiers qui ont été traités :

- Le Plan régional des effectifs médicaux (PREM) :
 - o La gestion des règles, l'application et la mise à jour par territoire;
 - o Le recrutement des treize postes autorisés et la priorisation en fonction des pénuries des effectifs;
 - o La réorganisation des services de première ligne et les projets cliniques.
- Les activités médicales particulières :
 - o La gestion des règles, des dérogations et leur mise à jour.
- Les groupes de médecine de famille (GMF) :
 - o Le support à l'élaboration et à la consolidation des GMF;
 - o La promotion du modèle.

De plus, les activités suivantes ont été réalisées en 2008-2009 :

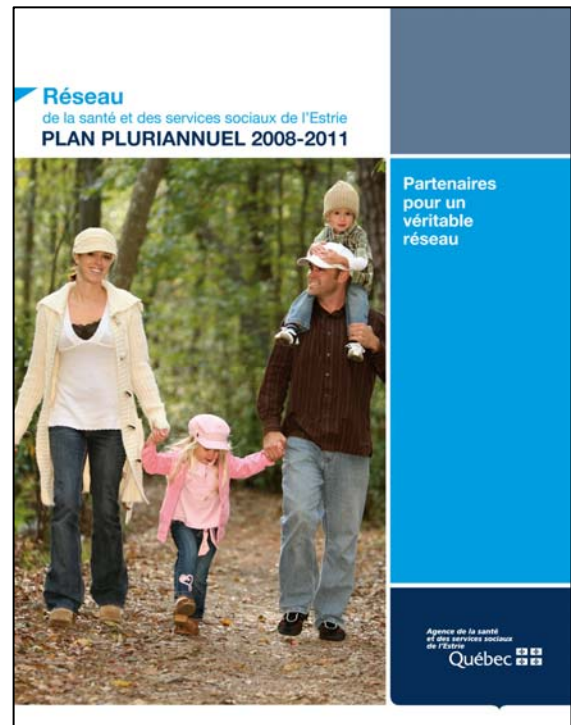
- Le calcul comparatif par centre de santé et de services sociaux (CSSS) du PREM et des plans locaux d'effectifs médicaux des établissements, et leur pourcentage d'atteinte par sous-région.
- La priorisation de postes dédiés aux nouveaux médecins arrivant en Estrie pour combler les plus grandes pénuries tout en respectant les activités médicales particulières priorisées.
- Les travaux autorisant des postes « supplémentaires » pour répondre aux besoins d'enseignement (Plan d'effectifs médicaux universitaires).
- La gestion des activités médicales particulières et leur mise à jour par CSSS.
- Les dépannages intra-régional et provincial pour les urgences en difficulté, dont celles du CSSS de la MRC-de-Coaticook, du CSSS des Sources et du CSSS du Granit.
- La demande d'attribution de bourses d'installation médicale dans la région de Saint-Ludger située dans la MRC du Granit, puis dans la MRC des Sources. Soulignons que la région de Weedon est encore en place et qu'un forfait de garde en disponibilité (garde majorée) a été accordé à la MRC du Haut-Saint-François.
- Les recommandations face aux orientations et aux priorités de services qui ont été émises dans les programmes-services suivants : services généraux, perte d'autonomie liée au vieillissement, santé mentale, santé physique : volets Cancer et soins palliatifs, Dépendances et Maladies chroniques.
- Le soutien à la mise sur pied et à la consolidation des GMF, dont le dernier : le GMF Saint-Vincent à Sherbrooke.
- La mise en place de tables médicales territoriales par CSSS.

- Des travaux sur l'accessibilité au plateau technique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) aux heures défavorables.
- Des travaux sur l'offre de service médicale face à la grippe (mesures d'urgence pandémie).
- Des travaux sur les guichets d'accès pour la clientèle orpheline et la nomination d'un coordonnateur médical des services de première ligne dans chaque CSSS. Soulignons la création de la Table régionale des coordonnateurs médicaux des services de première ligne.

4. Enjeux prioritaires

Dans le cadre de la démarche de planification pluriannuelle 2008-2011 du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie, des priorités devant faire l'objet d'un effort particulier de la part du réseau ont été identifiées, afin de permettre l'amélioration de l'offre de service offerte à la population. La section suivante présente ainsi les différents travaux réalisés au cours de l'année, en lien avec les enjeux prioritaires et les orientations stratégiques proposées par le réseau pour les trois prochaines années.

- 4.1 Enjeu 1 :** Consolidation de l'organisation des services de santé et des services sociaux, en partenariat avec les établissements et les organismes communautaires, adaptés aux besoins de la population pour assurer une meilleure accessibilité, continuité et qualité des services, avec une optimisation de l'utilisation des ressources



- 4.1.1 Orientation 1 :** Adapter l'organisation des services de santé et des services sociaux en fonction des besoins de la clientèle et du vieillissement de la population

4.1.1.1 Services adaptés aux besoins de la population

Des travaux régionaux ont débuté afin d'assurer un meilleur ajustement des pratiques face à l'augmentation de la population vieillissante, notamment dans les services de courte durée. Le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), a amorcé des travaux afin d'implanter « l'approche gériatrique » dans les services de courte durée. La mise en œuvre et le suivi de ces travaux est assuré par le comité directeur régional Perte d'autonomie liée au vieillissement. Tous les établissements et l'Agence sont représentés.

L'offre de services résidentiels pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale a fait l'objet de travaux intensifs à l'Agence et dans le réseau d'établissements de l'Estrie. Ces travaux ont permis d'identifier plusieurs ajustements et correctifs à apporter dans ce secteur d'activités. Un mécanisme régional d'accès à l'hébergement a été mis en place. Il permet un meilleur ajustement entre le besoin d'hébergement de la personne et le type de ressources requises. Un outil d'évaluation des besoins d'hébergement de la clientèle a été développé, des formations ont été diffusées et l'ensemble des établissements ont accepté d'utiliser un outil commun d'évaluation de la clientèle en santé mentale.

Le conseil d'administration de l'Agence a adopté un nouveau modèle d'organisation régionale de services résidentiels en santé mentale en Estrie. Celui-ci :

- identifie l'approche de « rétablissement » comme étant au cœur de tous les services en santé mentale, notamment sur le plan résidentiel;
- indique les éléments de transformation nécessaires, dont le type, le nombre et la répartition des ressources d'hébergement par territoire de centre de santé et de service sociaux (CSSS);
- confie la responsabilité de l'hébergement de première ligne aux réseaux des CSSS de l'Estrie.

La mise en œuvre de cette transformation permettra d'ajuster l'offre de service d'hébergement aux personnes vieillissantes vivant avec un problème de santé mentale.

4.1.2 Orientation 2 : Consolider l'offre de services de première ligne et de services spécialisés pour une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services

4.1.2.1 Programmes-services

Services généraux

Faits saillants 2008-2009 et orientations et priorités régionales 2005-2010

Les orientations du programme-service Services généraux sont d'offrir à la population une gamme de services harmonisés et similaires d'un territoire à l'autre et de s'assurer que cette population puisse trouver réponse à ses besoins, ou encore qu'elle puisse être orientée vers les services les plus appropriés.

Le comité directeur du programme Services généraux a privilégié, pour 2008-2009, d'identifier les activités prioritaires à consolider en ce qui a trait à l'accessibilité, d'assurer le suivi de l'accessibilité de la clientèle vulnérable à un médecin de famille, et de poursuivre les travaux d'enregistrement pour la clientèle des services de soutien à domicile et des groupes de médecine familiale (GMF) auprès du service Info-Santé/Info-Social, volet Info-Santé.

À partir des états de situation effectués pour les services généraux infirmiers et les services généraux psychosociaux en regard de l'évolution des pratiques et de l'offre de service, le comité directeur a recommandé d'approfondir le volet des services infirmiers courants, afin d'optimiser et de consolider le travail des infirmières et des infirmiers, notamment par le biais d'ordonnances collectives, par le partage des tâches, tout en évaluant la contribution possible des infirmières et des infirmiers praticiens spécialisés en première ligne.

Pour le volet psychosocial, le comité directeur a préféré attendre les recommandations des travaux provinciaux. L'Agence et le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) ont participé à un projet de validation de l'offre de service à partir des orientations provinciales, et ce, en collaboration avec cinq autres régions pilotes.

Le volet de l'accessibilité de la clientèle vulnérable à un médecin de famille fut travaillé en collaboration avec l'ensemble des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Chaque CSSS a proposé un projet pour la prise en charge de sa clientèle vulnérable à partir d'un cadre de référence. Dans la prochaine année, un sous-comité des services médicaux de première ligne sera créé, afin de réfléchir à la problématique de l'accessibilité à un médecin de famille et de proposer différentes possibilités en lien avec l'organisation des services.

Dossier Info-Santé/Info-Social

Un cadre de référence pour la clientèle enregistrée à Info-Santé/Info-Social fut élaboré en partenariat par un comité de travail et recommandé par les comités directeurs Services généraux et Perte d'autonomie liée au vieillissement à la Table de coordination du réseau de l'Estrie (TCRE) pour adoption. Ce cadre de référence vise à assurer la continuité des services offerts aux clientèles vulnérables des GMF et des CSSS en soutien à domicile en dehors des heures d'ouverture des CSSS et des GMF. Il est actuellement en implantation progressive dans tous les services de soutien à domicile des CSSS de notre région ainsi que dans quelques GMF, et ce, en collaboration avec le service Info-Santé.

Dossier de la biologie médicale

Des travaux se sont poursuivis concernant l'organisation territoriale des services en biologie médicale. Tous les établissements ont finalisé leurs démarches en lien avec l'agrément des laboratoires et ont été visités, afin de se conformer aux exigences ministérielles.

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Soutien à domicile et services dans la communauté

Relativement à l'orientation régionale prioritaire d'assurer l'adaptation des services en lien avec la politique québécoise de soutien à domicile *Chez soi le premier choix*, des travaux se sont poursuivis pour élaborer l'état de situation des services et pour tous les programmes-services. Il s'est dégagé une préoccupation majeure, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, d'harmoniser les services d'aide à domicile. Un plan de travail sera élaboré au cours de la prochaine année.

Gestion de cas pour les personnes en perte d'autonomie

Entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 mars 2009, le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile et ayant accès à un gestionnaire de cas a augmenté de 50 %, passant de 1 714 à 2 561. À ce jour, une proportion de 40 % de la clientèle ciblée a accès à un gestionnaire de cas, soit 5 % de plus qu'au terme de 2007-2008.

Offre de service aux proches

Au cours de la dernière année, l'Agence a poursuivi son engagement à verser un soutien financier à des organismes communautaires et des CSSS pour soutenir les activités et les services offerts aux proches de personnes en perte d'autonomie. De plus, l'Agence a conclu une entente de services avec l'organisme provincial Baluchon Alzheimer pour permettre aux proches de bénéficier d'un répit de sept à quatorze jours.

Mauvais traitements envers les personnes âgées

En plus de maintenir sa participation aux rencontres régionales et dans des comités de travail, l'Agence a reconduit son soutien financier auprès de la Table de concertation contre les mauvais traitements faits aux personnes âgées de l'Estrie, afin de favoriser la réalisation du plan d'action de cette table.

Mécanisme d'accès à l'hébergement

Au cours de l'année 2008-2009, 685 usagères et usagers ont été admis en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ainsi que dans une ressource intermédiaire et dans une ressource de type familial, ce qui représente le même nombre qu'en 2007-2008. L'Estrie a vu son taux de conformité aux profils d'admissibilité en CHSLD légèrement diminuer, passant de 78,3 % en 2007-2008, à 76,1 % en 2008-2009. La cible a été fixée à 84 %, afin de s'assurer que ce milieu de vie soit disponible aux personnes en plus grande perte d'autonomie.

Aussi, les délais moyens d'attente à l'admission en CHSLD et en ressource intermédiaire ont augmenté et atteignent respectivement 26 jours et 85 jours. Le délai moyen pour une place en ressource de type familial a diminué et se situe à un peu plus de six jours.

Milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Au cours de la dernière année, l'Agence a planifié la formation de multiplicateurs qui auront la responsabilité de former le personnel préposé aux bénéficiaires dans les établissements de soins de longue durée. Cette formation permettra au personnel de ce groupe d'améliorer leurs connaissances des problématiques de l'âge et d'améliorer la qualité de leurs interventions auprès de la clientèle hébergée.

Dans le cadre des travaux du comité directeur Perte d'autonomie liée au vieillissement, un comité de travail a été mandaté pour amorcer des travaux portant sur le repositionnement de l'offre de service des CHSLD, en tenant compte des clientèles émergentes dans ce milieu de vie. Jusqu'à présent, les travaux ont permis d'identifier les changements organisationnels importants qui se sont produits au cours des dernières années et qui ont modifié considérablement la nature de l'organisation de travail en CHSLD.

Évaluation de la clientèle hébergée

L'opération annuelle d'évaluation de la clientèle hébergée en milieu de vie substitut (CHSLD, ressource intermédiaire, ressource de type familial) s'est tenue à l'automne 2008. L'analyse des données s'est faite récemment pour les deux dernières années (2006-2007 et 2007-2008). Essentiellement, le séjour des personnes hébergées est de plus en plus court. Il y a une stabilité du taux de roulement en CHSLD pour l'ensemble de la clientèle hébergée, à 40 %. La proportion des personnes avec profils iso-SMAF de 10 et plus continue d'augmenter, ainsi que la proportion des personnes de 75 ans et plus, et de 85 ans et plus.

Alternatives à l'hébergement

Un comité de travail a été mandaté pour explorer et mieux définir les diverses formules d'alternatives à l'hébergement. Ces travaux permettront aux établissements de mieux orienter la clientèle présentant des pertes d'autonomie spécifiques et de développer de nouveaux partenariats avec les résidences pour personnes âgées.

Déficiences physiques

Dans le prolongement des orientations régionales adoptées en février 2007, l'accent a été mis tout particulièrement sur l'amélioration de l'accessibilité des services, tant en première ligne qu'en deuxième ligne. À cette fin, des allocations ont été consenties pour consolider ou rehausser l'offre de service. Des travaux régionaux et locaux ont été menés, afin d'assurer un déploiement harmonieux du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Des travaux ont eu cours et se poursuivent par le comité directeur du programme Déficience physique sur le départage des services de première et de deuxième ligne, ainsi que sur les protocoles de référence et les critères de transfert.

Services de première ligne

Bien que la cible du nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile n'ait pas été atteinte, celle du nombre moyen d'interventions a été largement dépassée. De plus, la cible concernant les familles bénéficiant d'allocations directes pour les services de soutien a été franchie.

Services de deuxième ligne

L'implantation de nouvelles pratiques a contribué à améliorer l'accessibilité aux services de réadaptation. Il y a eu, pour l'ensemble de la clientèle des personnes handicapées, un accroissement du nombre de personnes desservies.

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Dans la foulée des orientations régionales adoptées en février 2007, un accent particulier a été mis dans l'amélioration de l'accessibilité. À cette fin, des allocations ont été consenties pour consolider ou rehausser l'offre de service. Des travaux régionaux et locaux ont été menés afin d'assurer un déploiement harmonieux du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Des travaux sur la hiérarchisation des services ont eu cours et se poursuivent par le comité directeur du programme Déficience intellectuelle – Troubles envahissants du développement.

Services de première ligne

Les indicateurs font état d'une augmentation considérable du nombre de personnes desservies en soutien à domicile dispensé par les CSSS, ainsi que le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Services de deuxième ligne

Les indicateurs permettent de constater des améliorations dans l'accès aux services spécialisés, aussi bien pour la clientèle ayant une déficience intellectuelle que celle ayant des troubles envahissants du développement. À cet égard, les résultats obtenus indiquent une réduction des délais d'attente.

Jeunes en difficulté

En 2008-2009, l'Agence a soutenu les établissements dans la mise en œuvre des orientations régionales qui ont particulièrement été modulées par la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ainsi, la formation des intervenantes et des intervenants sur les nouvelles mesures législatives a été complétée, et celle sur l'élaboration des projets de vie, amorcée. Par ailleurs, pour une deuxième année consécutive, les CSSS et la Villa Marie-Claire ont bénéficié d'un budget de développement afin de consolider leurs services. L'Agence a d'ailleurs participé aux travaux pilotés par les CSSS afin de développer un service d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu, ainsi qu'un programme intégré en négligence. L'Agence a aussi proposé au comité directeur Jeunes en difficulté de suivre l'impact de la nouvelle loi sur l'offre de service régionale, de manière à offrir les meilleurs services à la population. À ce propos, l'élaboration d'un protocole d'évaluation et, parallèlement, des travaux sur la productivité des établissements et la continuité de services ont été engagés.

De plus, d'autres dossiers ont permis à l'Agence de favoriser la concertation interétablissements et intersectorielle dans ce programme-services. Pour en témoigner, les projets cliniques des réseaux locaux de services ont été appréciés, la coordination de l'entente de complémentarité entre les réseaux de la santé et de l'éducation s'est poursuivie, une entente entre les CSSS, le Centre jeunesse de l'Estrie (CJE) et un organisme communautaire sur la supervision des droits d'accès a été balisée. Un organisme partenaire du CJE en matière de mesures extrajudiciaires a également vu son financement rehaussé.

Dépendances

Pour le programme-services Dépendances, l'année 2008-2009 demeure synonyme de consolidation, particulièrement pour les réseaux locaux de services. Ainsi, les CSSS ont reçu un budget de développement afin d'assurer l'accessibilité aux services de première ligne, notamment pour la détection des clientèles et l'intervention brève. Des formations ont également été réalisées en ce sens, en plus de celle visant le déploiement du programme spécifique *Alcochoix +*. Les projets cliniques appréciés par l'Agence démontrent un engagement des réseaux locaux à cet égard.

D'autre part, un état de situation régional sur l'offre de service en désintoxication a été entrepris par l'Agence afin de soutenir les travaux du comité directeur Dépendances, visant une amélioration de ces services. Cet état de situation fera notamment valoir les besoins au niveau des services de première ligne et des services spécialisés, tout en tenant compte de l'apport des organismes privés qui comptent toujours sur le soutien de l'Agence, afin de répondre aux exigences de la certification accordée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

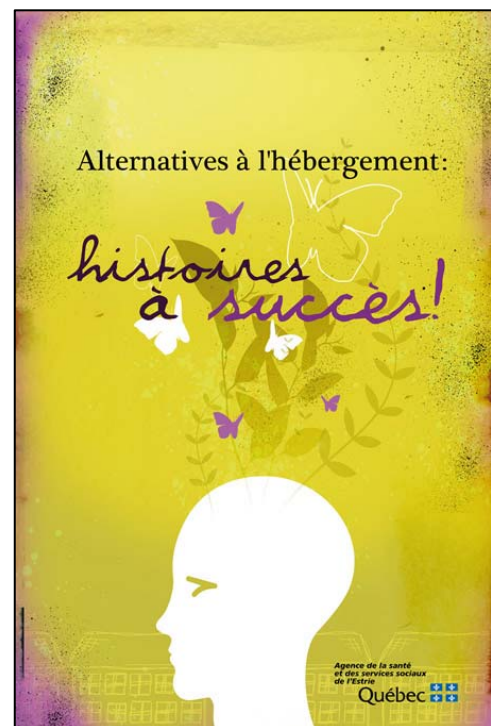
Enfin, particulièrement au niveau du jeu pathologique, l'Agence a actualisé en collaboration avec ses partenaires, un plan de communication visant à sensibiliser la population à la problématique et à faire connaître les services disponibles. Ainsi, une campagne publicitaire a eu lieu et une trousse d'information à l'intention des intervenantes et des intervenants a été développée. Cette initiative s'est ajoutée à la contribution des organismes communautaires financés par l'Agence, qui œuvrent auprès des proches de joueurs pathologiques qui ne sont pas en traitement.

Santé mentale

Afin d'actualiser les orientations régionales, deux dossiers majeurs ont fait l'objet d'une priorisation par le comité directeur en santé mentale, ce qui a entraîné une mobilisation importante des établissements dans les travaux au cours de l'année :

Réorganisation des ressources résidentielles en santé mentale

En juin 2008, après une année de travaux intensifs, le Modèle d'organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence. Il s'agit d'un volet structurant de la programmation plus globale des soins et des services de réadaptation, visant le rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves.



Une fois les orientations régionales adoptées, il s'agissait ensuite de s'entendre sur un plan de déploiement de cette offre de service sur tout le territoire, du transfert de responsabilités cliniques et administratives lorsque requis, et des modifications des pratiques professionnelles pour tenir compte d'une participation accrue de la personne dans le choix de son milieu résidentiel. Cette opération de planification a été réalisée avec succès grâce à la collaboration de tous les partenaires dans ce dossier, incluant celle de représentantes et de représentants des personnes utilisatrices et des familles. L'actualisation de ce plan est prévue d'ici 2013 et sera supportée par un budget de transition non récurrent de 350 000 \$ par année pour trois ans, dégagé du budget de développement à cette fin par l'Agence.

Guichets d'accès et soins partagés en santé mentale

L'autre réalisation du réseau de santé mentale est en lien avec l'implantation, dans chaque CSSS, d'un guichet d'accès aux services spécifiques et spécialisés de santé mentale, dont le fonctionnement est étroitement coordonné avec celui du Service de triage et de consultation clinique de psychiatrie au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). De plus, chaque équipe de santé mentale, ainsi que les médecins de famille des territoires peuvent désormais compter sur un psychiatre « répondant » qui assure, en plus des évaluations psychiatriques courantes, la fonction de formation et de soutien clinique aux intervenantes et aux intervenants de première ligne.

Cette collaboration étroite de chacune des équipes des guichets avec le CHUS a impliqué l'adoption d'un modèle de fonctionnement relativement harmonisé, tout en s'adaptant aux particularités locales. Toujours pour faciliter les communications avec ce partenaire régional, les guichets d'accès utilisent aussi des outils cliniques « régionaux » en ce qui concerne les formulaires de demandes de service, d'évaluation des besoins et de réponse aux référents qui ont été développés par les cliniciennes et les cliniciens, et sont actuellement en expérimentation dans toutes les MRC.

Autres dossiers

La consolidation des services de première ligne en santé mentale

Sur près de 1,664 millions de dollars d'allocations budgétaires allouées au programme-services Santé mentale pour 2008-2009, plus des deux tiers ont été affectés à la consolidation des services de première ligne, que ce soit en matière de services ambulatoires pour les jeunes, de services ambulatoires pour les adultes ou de services de soutien d'intensité variable dans la communauté.

La contribution des personnes utilisatrices à l'organisation des services qui les concernent

On doit souligner la consolidation du budget de fonctionnement (12 000 \$) du Comité régional des personnes utilisatrices de services de santé mentale, soutenu par l'organisme PRO-DEF Estrie. Le Comité a permis la participation régulière de personnes déléguées pour les représenter à différents comités décisionnels ou de travail en santé mentale, dont le comité directeur en santé mentale.

Santé physique

Programme de lutte contre le cancer en Estrie

Depuis le dépôt et l'adoption des orientations régionales du programme-services Santé physique : volet Cancer et soins palliatifs en 2006, la région se conforme au Plan stratégique 2007-2012 de la Direction de la lutte contre le cancer au MSSS.

Les CSSS ont débuté la mise en place des infirmières et des infirmiers pivots en oncologie. Il y a maintenant une infirmière ou un infirmier pivot dans chaque CSSS.

Au CHUS, le nombre des infirmières et des infirmiers pivots a été rehaussé en 2008-2009 pour répondre aux critères de désignation des équipes régionales et suprarégionales.

Avec les budgets de développement 2008-2009, il a été demandé aux CSSS de créer une équipe interdisciplinaire en oncologie et en soins palliatifs pour améliorer l'offre de service à la clientèle aux prises avec le cancer, en ajoutant notamment des services psychosociaux.

Mécanismes d'accès aux services spécialisés

L'implantation d'un nouveau système informatique pour l'amélioration de l'accès aux services spécialisés s'est effectuée de façon graduelle. Depuis, les trois établissements offrant des services de chirurgie en Estrie (le CHUS et les CSSS de Memphrémagog et du Granit) inscrivent tous les patients en attente pour une chirurgie élective. Le Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) permet de faire un suivi des patients en attente et, particulièrement, des chirurgies ciblées, soit les prothèses totales de hanche, les prothèses totales du genou, ainsi que les chirurgies de la cataracte. Ces chirurgies doivent être effectuées à l'intérieur de six mois suivant leur inscription. Les données sont aussi colligées pour toute autre chirurgie d'un jour et chirurgie avec hospitalisation.

Pour les chirurgies de la cataracte, les délais sont respectés. Concernant les prothèses totales de hanche, il y a une amélioration dans le délai de réalisation de ces chirurgies. Tous les patients inscrits dans le SIMASS, en attente avant le 1^{er} juin 2007, ont été opérés. Il y a encore des délais pour ceux inscrits après juin 2007. La chirurgie pour les prothèses totales de genoux demeure cependant plus problématique. Une autre entente a été faite depuis plus d'un an entre le CHUS et le CSSS de Memphrémagog pour diminuer la liste d'attente en chirurgie d'un jour. Ces ententes démontrent le désir de collaboration entre les établissements de la région pour assurer les services de chirurgie pour la population estrienne, dans les délais prescrits par le MSSS.

Services de radio-oncologie

Afin de faire face à la pénurie des technologues en radio-oncologie et de maintenir l'accès aux services dans les cibles identifiées par le MSSS, le CHUS a reçu une subvention du MSSS pour revoir l'organisation du travail à l'intérieur du service de radio-oncologie. L'équipe du CHUS travaille avec une équipe de l'Université de Sherbrooke à identifier les problématiques et les préoccupations. Des rencontres de balisage ont été faites auprès de deux établissements, afin de comparer les pratiques de l'organisation avec d'autres organisations et d'identifier les bonnes pratiques utilisées ailleurs qu'au CHUS.

4.1.2.2 Services généraux

Groupe de médecine familiale

Le groupe de médecine familiale (GMF) demeure le modèle d'organisation médical privilégié en Estrie. À cet égard, le déploiement de nouveaux groupes ainsi que la consolidation de ceux déjà accrédités se poursuit. En Estrie, onze groupes sont en fonction jusqu'à maintenant. Soulignons la venue récente du GMF Saint-Vincent au sein de la ville de Sherbrooke. En 2008, il y a eu trois renouvellements de GMF (GMF des Frontières, GMF Clinique médicale du Lac, GMF du Granit). Deux autres groupes sont en cours d'implantation, dont un dans la MRC du Val-St-François. D'importants travaux sont amorcés dans la MRC du Haut-St-François pour la mise en place d'un GMF. La Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU) de l'Agence vise la présence d'au moins un groupe de médecine familiale dans chaque MRC. La cible de quatorze GMF en Estrie est en voie d'être atteinte.

Clinique-réseau

En Estrie, la proportion de la population qui n'est pas inscrite à un GMF et qui est sans médecin de famille demeure importante. Le manque de coordination quant à l'accès aux services médicaux en sans rendez-vous, ainsi qu'une utilisation non optimale des ressources professionnelles supportant ces activités, représentent également une situation problématique. Les nombreuses consultations aux unités d'urgence identifiées comme étant « non urgentes » illustrent une utilisation inadéquate des services de deuxième ligne, mais aussi des services de première ligne.

Implanté en milieu urbain, tels ceux de Montréal et de Québec, le modèle des cliniques-réseau est actuellement analysé pour la ville de Sherbrooke. Ce modèle doit être adapté à la réalité de l'Estrie et constituerait une des solutions pour faciliter, entre autres choses, l'accès au sans rendez-vous et pour réduire la pression sur les services d'urgence du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Une offre maximale de services médicaux de première ligne, une plus grande complémentarité dans l'offre de service des milieux cliniques du réseau local de services de santé et de services sociaux, ainsi qu'une plus grande interdisciplinarité seraient grandement favorisées.

L'élaboration et l'analyse de la faisabilité de diverses formules de cliniques-réseau sont en cours, impliquant principalement la DAMU, le Département régional de médecine générale (DRMG), ainsi que le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), notamment par sa Table médicale territoriale.

Guichet d'accès pour les clientèles n'ayant pas de médecin de famille et nomination d'un médecin coordonnateur médical

Les personnes sans médecin de famille font l'objet d'une attention particulière dans l'organisation des services médicaux généraux, puisque 25 % des résidentes et des résidents de l'Estrie n'en ont pas. De ce nombre, une proportion d'environ 12 %, dite vulnérable, requiert un suivi régulier en raison d'un état de santé complexe. Une entente intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) officialisait, en 2008, la mise en place d'un guichet d'accès et d'une fonction de médecin coordonnateur médical des services de première ligne. À la suite des directives ministérielles, l'ensemble des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Estrie ont agi avec célérité et ont procédé à la mise en opération d'un guichet d'accès au sein de leur établissement.

De pair à cette démarche, le DRMG de l'Estrie a procédé à la nomination d'un médecin coordonnateur médical au sein de chacun des sept territoires de la région, ainsi qu'à la création de la Table régionale des coordonnateurs médicaux des services de première ligne. Les activités de cette table ont débuté en novembre 2008. Celle-ci vise à former, à outiller et, plus globalement, à soutenir les médecins nommés.

L'ensemble des territoires avaient, en janvier 2009, un guichet d'accès et un médecin coordonnateur médical. Au 25 mars 2008, selon les chiffres présentés par les coordonnatrices et les coordonnateurs médicaux, près de 2000 personnes sans médecin de famille et dites « vulnérables » ont été référées et prises médicalement en charge par des médecins de famille de chacun des territoires. Toutefois, la disponibilité médicale demeure limitée et des stratégies sont en élaboration pour la rehausser. Soulignons que les coordonnatrices et les coordonnateurs médicaux, outre leur collaboration au guichet et à la prise en charge de la clientèle sans médecin de famille, assurent la liaison entre le CSSS et les médecins des divers milieux cliniques de son territoire. Il facilite le fonctionnement des services médicaux de première ligne et participe, entre autres, à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne, ainsi que les services médicaux spécialisés.

Mécanisme de prise en charge de la clientèle vulnérable

La prise en charge de la clientèle vulnérable orpheline passe par un partenariat serré entre les services du CSSS et les cliniques médicales. Ce partenariat doit permettre de soulager la charge de travail médical, dégageant ainsi du temps pour accueillir de nouvelles clientèles.

Sommairement, à la suite d'une entente locale, les médecins qui s'engagent à prendre au cours de l'année des personnes vulnérables et sans médecin de famille, bénéficient pour leurs patients de mesures déployées par le CSSS de leur territoire. Les mesures et les services professionnels peuvent être offerts soit dans le milieu clinique même, tel un GMF (exemple : services d'une nutritionniste) ou encore un CSSS (clinique du diabète avec une plus grande accessibilité et davantage de services pour les médecins et leur clientèle). En tout temps, les nouveaux services offerts doivent être complémentaires ou en surplus aux services déjà existants en CSSS.

Durant l'année, le cadre de référence *Mécanisme de prise en charge - Clientèle vulnérable* fut élaboré et transmis, en juillet 2008, aux directrices et aux directeurs généraux, ainsi qu'aux directrices et aux directeurs des services professionnels (DSP) des établissements. Durant l'automne, l'Agence réalisa une tournée de l'ensemble des CSSS afin de supporter chacun des établissements dans l'élaboration du projet, ainsi que dans la mobilisation des médecins et des milieux médicaux. Les projets soumis par les CSSS ont tous été acceptés, permettant à chacun d'entre eux de bénéficier du budget récurrent alloué et d'offrir les services entendus.

Mise en place d'un projet pilote en orthopédie

La chirurgie de la prothèse totale du genou est une chirurgie particulièrement ciblée au niveau des délais d'accès à respecter avec un délai d'attente maximale de six mois. Actuellement, la région de l'Estrie ne peut atteindre la cible attendue. Dans cette optique, l'Agence a proposé une entente de services de partenariat entre le CHUS et le CSSS de Memphrémagog, afin que celui-ci réalise des chirurgies de l'implantation de prothèses du genou dans son établissement.

Un document cadre a été élaboré, décrivant les responsabilités des deux établissements, en passant par les objectifs, le mandat et l'évaluation du projet. Le projet a nécessité l'identification et la mise en place de nombreux prérequis cliniques, organisationnels et fonctionnels. Citons l'élaboration et la mise en place de l'infrastructure, des équipes, des services nécessaires, ainsi que du suivi médical à réaliser, sans compter la formation des professionnels, les ententes administratives interétablissements, ainsi que le système de priorisation et de référence des personnes. Devant démarrer officiellement en février, ce n'est qu'en avril que les chirurgies ont débuté dans le respect des conditions exigées.

Accès à un traitement rapide des infarctus du myocarde

Afin de limiter les dommages myocardiques permanents, il est reconnu que la restauration du flot coronarien doit se faire dans les plus brefs délais chez les patients souffrant d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST). C'est dans cette optique que le MSSS a mis en œuvre le Plan d'action ministériel sur le continuum de soins pour la prise en charge des patients en infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST. D'importants travaux sont entrepris au niveau du Québec, mais aussi et surtout, à l'intérieur de chacune des régions afin de procéder à une évaluation des délais de traitement et, notamment, d'identifier des améliorations à apporter dans la trajectoire des services à assurer, à partir du moment où la personne appelle le 9-1-1 ou se présente directement à l'unité d'urgence, jusqu'au moment de la restauration du flot coronarien.

Sous l'égide de l'Agence et de la Table des DSP, un groupe de travail s'est mis en place, constitué principalement d'un médecin de la DAMU, ainsi que d'un médecin de la Direction de l'organisation des services (DOS) pour le secteur des services préhospitaliers.

Les travaux de ce groupe de travail sont appuyés par l'expertise clinique d'un cardiologue du CHUS. Un plan régional et des plans d'action de chacun des établissements concernés devront être déposés en 2009-2010.

À la suite de l'élaboration du cadre régional d'analyse, ainsi qu'à la mobilisation et à l'implication des partenaires, une étude rigoureuse et détaillée est en cours, examinant la situation des services préhospitaliers à l'intérieur du CHUS et des CSSS à vocation de centre hospitalier, ainsi que durant le transfert des personnes entre les établissements.

Plan régional des effectifs médicaux – médecins omnipraticiens et spécialistes

En collaboration avec le CHUS, les CSSS de l'Estrie, le DRMG et la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, la DAMU dépose, chaque année, un plan d'effectifs au MSSS. L'ajout net de main-d'œuvre médicale étant très limité, les priorités de recrutement doivent être convenues et ciblées.

En médecine spécialisée, d'importants travaux sont amorcés afin de procéder à l'analyse des postes vacants de chacune des spécialités de chaque établissement : le CHUS, le CSSS de Memphrémagog, le CSSS du Granit et le CSSS-IUGS. L'objectif : décider le maintien ou la transformation des postes vacants afin de mieux planifier l'offre et l'accessibilité des services spécialisés, selon les besoins et la réalité de la région et des établissements.

En regard de la médecine générale, le DRMG ainsi que la DAMU ont participé à des travaux provinciaux de révision des critères et du modèle d'allocation des postes. Un ajustement important est nécessaire pour la région de l'Estrie, et un changement de critères ou de modèle peut représenter une allocation supérieure de postes au plan régional des effectifs médicaux.

Rupture de services médicaux aux urgences

En Estrie, il est de plus en plus difficile pour plusieurs établissements, notamment en 2008-2009 pour le CSSS des Sources et le CSSS de la MRC-de-Coaticook, d'assurer des services médicaux pour tous les quarts de garde à l'urgence. D'importantes interventions des DSP et des chefs des services d'urgence sont nécessaires lors de l'élaboration des listes de garde. L'implication du DRMG s'avère également très importante. Une mobilisation des chefs d'urgence, des DSP et du DRMG est réalisée, afin de trouver des pistes de solution aux problèmes récurrents.

La Table des chefs de médecine d'urgence, qui relève de la Table des DSP, a proposé une procédure facilitant l'élaboration des listes de garde ainsi qu'une collaboration interétablissement et intrarégionale des médecins. Le chef d'urgence du CHUS est fréquemment interpellé à cet effet, mais également divers médecins des autres CSSS de la région. De nombreuses discussions tenues avec le MSSS ont permis de faire ressortir la situation estrienne et de faciliter la collaboration de dépannage intraprovincial.

Les travaux réalisés en 2008-2009, outre de gérer les menaces éminentes de rupture, ont été de consolider les mesures locales intrarégionales et intraprovinciales. Diverses interventions visent la consolidation des mécanismes pour couvrir les quarts de garde aux urgences, notamment par la mobilisation des médecins du territoire, par l'utilisation de la banque provinciale de médecins dépanneurs et de résidentes et résidents « 3 » volontaires, ainsi que par la participation de collègues médicaux de la région.

Par ailleurs, tout établissement à risque de restriction d'activités médicales à l'urgence (de rupture de services d'urgence) doit déposer un plan de contingence incluant : la réorganisation des services, la communication avec la population et les ententes avec les établissements partenaires. À cet effet, un plan de contingence a été demandé au CSSS des Sources et au CSSS de la MRC-de-Coaticook. La collaboration des CSSS est assurée.

4.1.3 Orientation 3 : Favoriser l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés

4.1.3.1 Services de consultation spécialisée à l'endroit de la première ligne

Plan de déconcentration des services médicaux spécialisés de base

Une démarche impliquant la Table de coordination du réseau de l'Estrie (TCRE), la Table des directrices et des directeurs des services professionnels (DSP), la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, ainsi que le Département régional de médecine générale (DRMG) a permis de tracer un plan détaillant le niveau de service attendu dans les spécialités de base pour chacune des MRC en 2008-2009. Ce plan couvre sept spécialités, soit la psychiatrie, la médecine interne, l'anesthésie, la chirurgie générale, la gynéco-obstétrique, la radiologie et la pédiatrie. La priorité a été accordée aux trois spécialités suivantes : la médecine interne, la radiologie et la psychiatrie.

En regard de la médecine interne, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a rehaussé son accessibilité par la mise en place d'une clinique d'investigation rapide. Cette clinique permet de répondre à des problèmes pour les cas semi-urgents, et ce, avec un délai maximal d'accès de deux semaines. Les problèmes concernent différentes spécialités médicales, mais ne nécessitent pas obligatoirement une consultation dans ces spécialités. Des activités sont à réaliser afin de promouvoir la clinique et de mobiliser les médecins de la région. Ce type de clinique bénéficie non seulement aux patients, mais aussi aux médecins qui sont en mesure d'assurer une prise en charge médicale avec le soutien adéquat de services de deuxième ligne.

En radiologie, des travaux régionaux visent à favoriser une meilleure accessibilité aux services, mais aussi à faciliter la prescription des examens par les médecins de famille. Il est ainsi visé : le bon choix d'examen, pour le bon problème, au bon moment.

Un comité parrainé par la Direction de l'organisation des services (DOS), et auquel participe la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU), vise en effet l'amélioration de l'accès aux services de consultation spécialisée. L'identification des délais d'accès et l'établissement de normes raisonnables de délai d'accès sont au cœur de l'action. Un projet visant la création d'un outil d'aide à la décision des médecins et à la prescription des examens est en élaboration. Afin de maximiser son développement, une demande de soutien financier fut adressée au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

En santé mentale, les travaux présentés à la section « 4.1.2.1 Programmes-services » font ressortir l'implantation dans chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS) d'un guichet d'accès aux services spécifiques et spécialisés de santé mentale. Soulignons que les médecins de première ligne bénéficient non seulement du soutien et de l'accessibilité aux services par la mise en place de ce guichet, mais aussi de l'expertise conseil d'un psychiatre répondant. Celui-ci assure, en plus des évaluations psychiatriques courantes, la fonction de formation et de soutien clinique à l'ensemble des intervenantes et des intervenants de première ligne. Dans l'optique d'une collaboration plus étroite entre les médecins psychiatres et les médecins de famille, des modalités de travail ont été définies. Le psychiatre répondant est d'un grand support pour aider le médecin de famille à prendre en charge la clientèle atteinte de problèmes de santé mentale, et optimise l'utilisation des ressources spécialisées. Là, encore, des modalités de travail sont à déployer et une hiérarchisation adéquate des services est à faire.

4.1.4 Orientation 4 : Développer un partenariat privilégié dans la mise en réseau des services

4.1.4.1 Projet clinique et organisationnel : partenariat et mise en réseau de services de santé et de services sociaux

Le partage de responsabilités et d'engagements entre les CSSS et les professionnels du réseau local de services

La Direction des affaires médicales et universitaire (DAMU) a entrepris des efforts afin de favoriser la création ou la consolidation de mécanismes de communication, de décision et de travail sur le plan local. La planification de nouveaux services médicaux et la consolidation de ceux en place se font dans une vision de fonctionnement en réseau des services de première ligne, en encourageant, par exemple, des regroupements ou des ententes spécifiques entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les groupes de médecine familiale (GMF) et les cabinets médicaux (exemples : les consultations sans rendez-vous et les services d'urgence).

Afin de consolider le partenariat entre les CSSS et les milieux cliniques du réseau local de services, ainsi qu'une meilleure planification et organisation de services médicaux de première ligne, une consolidation des tables médicales territoriales a été entreprise auprès des CSSS. Il est visé que chacune des tables soit composée minimalement de la directrice ou du directeur des services professionnels, de la coordonnatrice ou du coordonnateur médical des services de première ligne, et de représentantes et de représentants des services médicaux du territoire pour, à titre d'exemple, soutenir localement la mise en place des programmes-services, plus spécialement des services médicaux demandés.

4.1.4.2 Mécanismes de concertation

En lien avec la Table de coordination du réseau de l'Estrie (TCRE), neuf comités directeurs ont été mis en plan pour assurer le suivi des orientations régionales et nationales de chacun des programmes-services. Chaque comité directeur est sous la responsabilité d'une directrice ou d'un directeur général répondant de ce dossier à la TCRE. Des priorités de travail ont été identifiées pour chacun des comités directeurs et 31 rencontres ont eu lieu pour mener à bien différents dossiers. Les résultats de ces travaux sont présentés dans le rapport d'activités à la section « 4.1.2 Orientation 2 ».

4.1.4.3 Implantation du cadre de référence régional sur le plan de services individualisés

Pour 2008-2009, tel que convenu par les membres de la Table de coordination du réseau de l'Estrie (TCRE), l'Agence a complété son mandat d'animation du comité d'implantation du cadre de référence régional sur le plan de services individualisés (PSI) dans une optique de transfert du dossier aux établissements. À cette fin, on compte plusieurs réalisations :

- En collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), tournée de sensibilisation du milieu scolaire pour susciter leur participation à l'approche PSI.
- Arrimage du cadre de référence régional PSI aux travaux nationaux sur la planification de services.
- Soutien aux personnes ressources PSI des établissements qui ont formé leurs intervenantes et leurs intervenants, et partenaires intersectoriels dans tous les programmes-services.
- Bilan complet des formations PSI offertes par les réseaux locaux de services, dans une optique d'amélioration de la qualité et de la continuité de services.
- Production d'un plan de pérennité pour soutenir l'intégration et la poursuite de la pratique PSI dans l'offre de service des établissements.

4.1.5 Orientation 5 : Répondre aux défis par le développement d'une organisation performante et novatrice des services de santé

4.1.5.1 Performance

À la suite de la désignation de région dite autonome, deux initiatives proposées au sous-ministre ont été mises de l'avant.

La première porte sur la gouverne, soit une plus grande décentralisation des responsabilités et une imputabilité accrue du réseau; cette action devant conduire à une plus grande performance du réseau. Les mécanismes de concertation régionaux ont été révisés pour traduire l'orientation, soit un comité directeur par programme-service, présidé par une directrice ou un directeur général répondant nommé par ses pairs, des représentantes et des représentants au comité directeur de tous les établissements et soutenus par les directions de l'Agence. Le comité établit son plan d'action et le fait entériner par la Table de coordination du réseau de l'Estrie (TCRE) composée des directrices et des directeurs généraux de tous les établissements, et présidée par le président-directeur général de l'Agence. De plus, un comité de gouverne est actif pour convenir des priorités régionales et s'assurer de leur harmonisation avec les priorités locales et ministérielles.

La deuxième initiative porte sur la productivité et l'accessibilité. Pour réaliser cette action, des modifications ont été apportées au mécanisme d'entente de gestion. Maintenant, les établissements sont appelés à faire une offre de service en tenant compte des orientations ministérielles et régionales, et des améliorations de productivité et d'accessibilité. Pour soutenir les établissements dans cette démarche, l'Agence a développé des indicateurs de productivité permettant l'identification des zones d'amélioration. Cette approche a été aussi retenue pour identifier des zones d'amélioration en regard de l'accès aux services. Ces informations sont transmises à l'ensemble des directrices et des directeurs généraux et les résultats font l'objet de discussion. Les secteurs les plus à problèmes font l'objet d'un suivi périodique auprès de l'établissement concerné. Ces deux tableaux de bord influencent les offres de service des établissements.

Ces deux initiatives sont un projet collectif pour la région.

4.1.6 Orientation 6 : Assurer la qualité des soins et des services de santé et de services sociaux offerts

4.1.6.1 Amélioration continue de la qualité

Concertation régionale sur la qualité

L'Agence et les directions générales des établissements ont amorcé, depuis quelques années, la réflexion et l'échange sur une vision globale et intégrée de la qualité. En mai 2008 se tenait la première assemblée de la Table régionale Qualité (TRQ) composée d'une personne répondante de la qualité de chacun des établissements de la région et des personnes ressources de l'Agence.

La TRQ s'inscrit dans la structure existante de concertation entre les établissements et l'Agence. Elle est l'interlocutrice privilégiée de l'Agence et de la Table de coordination du réseau de l'Estrie (TCRE) en matière de qualité, plus particulièrement au niveau stratégique et, à ce titre, formule des avis et des recommandations. La TRQ établit des mécanismes de collaboration entre les établissements afin de développer et de partager des outils, des programmes et des approches en gestion de la qualité, et assure une communication continue entre l'Agence et les établissements.

La TRQ a tenu cinq rencontres durant l'année. Parmi les mandats qui lui ont été confiés par la TCRE, mentionnons :

1. L'élaboration et l'actualisation d'un cadre de référence en matière de qualité, afin de contribuer au développement d'une vision régionale et intégrée de la qualité. Ce cadre de référence a comme objectifs de développer une compréhension commune des multiples composantes de la qualité, de connaître les rôles et les responsabilités des différents acteurs, et d'identifier les actions structurantes.
2. L'identification des indicateurs de mesure de la continuité des services du programme « Jeunes en difficulté ». Les travaux de ce groupe visent à recenser, à partir du cheminement clinique de l'usagère et de l'usager, quels sont les indicateurs de mesure existants et ceux à développer, afin d'évaluer s'il y a continuité des services. Des travaux éventuels permettront de viser l'application de cette démarche à l'ensemble des programmes-services.
3. L'expérimentation du répertoire « Qualité » qui intègre les informations liées aux mécanismes internes et externes d'appréciation de la qualité dans chacun des établissements. Cet outil de gestion permet de suivre le degré d'implantation et le respect de plusieurs obligations légales, en lien avec les responsabilités de l'Agence et des établissements.

Démarche d'agrément

Tous les établissements de la région de l'Estrie ont obtenu l'agrément d'un organisme d'accréditation reconnu. Parmi les seize établissements visés, onze établissements l'ont obtenu du Conseil québécois d'agrément, et cinq du Conseil canadien d'agrément des services de santé (maintenant Agrément-Canada).

L'analyse des recommandations de ces organismes a été réalisée par l'Agence. Durant la prochaine année, elle conviendra avec les établissements d'un processus régional de suivi des recommandations, afin de poursuivre l'amélioration de la qualité des services.

Visites d'appréciation de la qualité des milieux de vie

Les visites d'appréciation de la qualité des milieux de vie constituent l'un des outils que s'est donné le ministre de la Santé et des Services sociaux pour s'assurer de la mise en œuvre des orientations, des politiques et des cadres de référence s'appliquant aux milieux de vie substitués hébergeant une clientèle vulnérable.

L'Agence collabore à la réalisation des visites d'appréciation de la qualité des services dans les milieux de vie substitués. Selon la volonté du ministre de la Santé et des Services sociaux, cette démarche est devenue permanente et continue.

Dans le cadre de la démarche de suivi des plans d'amélioration, le suivi a été inactivé pour cinq plans, ayant réalisé en totalité ou en grande partie 80 % ou plus des recommandations, tandis que le suivi se poursuit dans huit plans. Ces plans couvrent l'ensemble des visites effectuées depuis 2005.

Le mandat de l'équipe de visite est d'apprécier l'implantation de l'approche *Milieu de vie*, de reconnaître les actions mises de l'avant à cet égard, et de formuler des recommandations dans une perspective d'amélioration continue des soins et des services donnés à la clientèle concernée.

En 2008-2009, la démarche d'appréciation a permis de visiter cinq installations en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), dont une visite jumelant l'hébergement institutionnel et les ressources intermédiaires rattachées à l'établissement. De plus, une visite a été effectuée pour le volet de la protection de la jeunesse et du centre de réadaptation pour jeunes en difficulté.

L'ensemble des rapports de visites d'appréciation sont disponibles sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca.

Promotion des droits des usagers

En matière de promotion des droits, l'Agence a adopté le Plan d'action intégré 2008-2010. Ce plan d'action vise le développement concerté des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits. Deux objectifs sont poursuivis : la responsabilisation du personnel quant aux droits et aux responsabilités des usagères et des usagers, et la préparation d'outils d'information dédiés à la population en général, aux usagères et aux usagers des services, ainsi qu'aux instances et aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Enfin, le Plan d'action intégré a fait l'objet d'un lancement dans le réseau, le 22 octobre 2008, avec les représentantes et les représentants des établissements, en présence de la Protectrice du citoyen.

Dans la mise en œuvre du Plan d'action intégré de la promotion des droits des usagers, une série de capsules vidéo ont été produites, afin de mettre en lumière les quatorze droits des usagères et des usagers inscrits à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Dans chaque capsule, une intervenante ou un intervenant, une utilisatrice ou un utilisateur, ou une usagère ou un usager présente un droit et témoigne brièvement de son importance et de la pertinence de son application. L'objectif poursuivi par cet outil d'animation est d'amorcer une meilleure connaissance des droits et des responsabilités en matière de santé et de services sociaux.

4.1.6.2 Sécurité civile

Pandémie d'influenza

Les travaux de préparation à la pandémie d'influenza se sont poursuivis au cours de l'année 2008-2009 dans chacun des volets du comité de planification et d'intervention (COPIN) des mesures d'urgence de l'Agence.

Le comité régional des coordonnateurs des mesures d'urgence a tenu deux rencontres qui ont permis de cibler les travaux prioritaires à poursuivre dans chacun des établissements. Les conférences téléphoniques entre l'équipe pandémie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les agences se sont poursuivies aux quatre semaines au cours de l'année, et le COPIN de l'Agence a tenu trois conférences téléphoniques avec les établissements. Trois bulletins *Entre COPIN* ont été rédigés. Les travaux sur le déploiement d'un centre de coordination des mesures d'urgence (CCMU) à l'Agence ont débuté, en collaboration avec le volet Maintien des services. L'emplacement des locaux et les besoins ont été définis.

Des rencontres régulières du COPIN de l'Agence ont permis de coordonner les différents travaux en cours. Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) responsables des sites non traditionnels (SNT) ambulatoires et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), responsable du SNT soins et admission, ont déposé leur plan à l'Agence. Les avis de conformité complétés par le COPIN de l'Agence ont été retournés aux établissements qui sont à compléter leurs travaux, afin de se conformer aux demandes du MSSS. Les plans de maintien spécifique à domicile pour l'influenza pandémique en collaboration avec les CSSS se sont poursuivis.

Des travaux sur les scénarios de déploiement de la formation concernant la pandémie d'influenza ont été amorcés avec les établissements. À l'égard des ressources matérielles, la validation, la planification et l'adaptation de la liste des produits essentiels, en collaboration avec les établissements, ont été réalisées. Les activités liées aux procédures d'approvisionnement et de la constitution des réserves de produits essentiels pour le démarrage des SNT se sont poursuivies.

L'Agence a soutenu le développement par les CSSS des projets de vaccination contre l'influenza saisonnière selon le modèle POD (Point of Distribution) proposé en pandémie, sur chacun des territoires de CSSS. Les travaux sur les outils relatifs à la gestion des cas et des contacts se sont poursuivis en collaboration avec le groupe de travail CSSS-CHUS. Le comité régional de communication a été réactivé et les travaux de production d'un plan régional de communication pour la pandémie ont débuté.

4.1.6.3 Prestation sécuritaire

D'importants travaux provinciaux ont été réalisés afin de déployer l'application informatique du Système d'information pour la sécurité des soins et des services (SISSS). L'ensemble des établissements se sont assurés de la mise en place de leur registre local et d'une application informatique pour la déclaration, l'analyse et la divulgation des incidents et des accidents.

Prévention des infections nosocomiales

Au cours de l'année 2008-2009, la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) a complété le suivi du plan d'action découlant des visites des établissements en 2007-2008. Ce plan visait à consolider l'approche des établissements dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales. La grande majorité des actions proposées ont été réalisées.

La Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) a adapté, à partir de la proposition du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un tableau de bord permettant aux établissements de suivre les différentes composantes de la prévention et du contrôle de ces infections. La TRPIN a, par ailleurs, porté une attention particulière au suivi épidémiologique, au soutien et à la formation des ressources humaines, et à différents thèmes concernant l'hygiène et la salubrité.

La campagne annuelle régionale de sensibilisation sur la prévention des infections nosocomiales a porté sur le thème de l'hygiène respiratoire. La campagne proposée par la TRPIN a été réalisée en collaboration avec l'Agence et les établissements. Elle a connu un bon succès et une excellente participation des établissements.



Les mesures de contrôle : la contention, l'isolement et les substances chimiques

L'utilisation de la contention, de l'isolement et des substances chimiques à titre de mesure de contrôle doit se faire de façon minimale et exceptionnelle, et exclusivement lorsqu'il s'agit d'assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Le déploiement du programme national de formation auprès du personnel concerné dans les établissements de l'Estrie s'est poursuivi durant l'année et vise la réduction de l'utilisation de ces mesures. Le MSSS travaille à l'adaptation du programme de formation, afin de tenir compte des particularités de l'intervention auprès de différentes clientèles et secteurs d'activités, soit les services à domicile, les résidences pour personnes âgées, les jeunes en difficulté, la pédopsychiatrie, etc. Aussi, la formation se poursuivra en 2009-2010.

Programme AMPRO

Le MSSS a débuté l'implantation d'un programme de formation visant à réduire les accidents et les incidents de soins obstétricaux, qui s'intitule *Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux* (AMPRO).

Les accidents de soins obstétricaux comportent des coûts humains et sociaux considérables. Tous s'accordent pour les réduire. La prévention, une meilleure gestion des risques, le travail d'équipe, la pratique et la communication en situation à risque, la mesure de la performance clinique et la rétroaction sur cette performance, de même que le recours aux meilleurs standards de pratique reconnus sont des éléments-clés du programme. Développé par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), il est déployé dans quelques provinces canadiennes. L'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ) souhaite que le Québec fasse de même.

Le programme AMPRO s'étale sur trois années lorsqu'il est implanté dans un établissement. Par la suite, l'établissement peut adhérer à un programme de maintien. En Estrie, deux établissements sont concernés par ce programme, soit le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit.

4.1.6.4 Certification des résidences pour personnes âgées

La certification des résidences pour personnes âgées a pour objectif d'assurer des milieux de vie agréables, sécuritaires et adaptés aux besoins des quelque 5000 estriennes et estriens qui y résident.

Au 31 mars 2009, 127 résidences figuraient au Registre des résidences pour personnes âgées. Depuis le début de la démarche, l'Agence a rencontré les propriétaires et les responsables de résidences pour personnes âgées. La documentation nécessaire au processus de certification a été remise et expliquée. De plus, de mai à décembre 2008, 82 propriétaires se sont prévalus d'un programme d'accompagnement personnalisé, afin de préparer la visite du Conseil québécois d'agrément. Cet organisme est responsable de la vérification de la conformité des résidences pour personnes âgées aux critères sociosanitaires contenus au Règlement.

Des 127 résidences en Estrie, toutes avaient déposé leur demande de certification dans les délais, et 100 d'entre elles avaient reçu une visite de vérification de conformité. Enfin, 31 résidences étaient officiellement certifiées.

Tout au long de cette année, des rencontres avec les intervenantes et les intervenants du réseau et les différents partenaires ont permis de définir la collaboration attendue pour se conformer à certains articles du Règlement sur la certification, et pour élaborer une stratégie en cas de fermeture d'une résidence pour personnes âgées. Le suivi des rapports de visite de conformité a nécessité des échanges constants avec les propriétaires, permettant ainsi de s'assurer d'une réponse adéquate aux exigences de la certification.

Dans un communiqué émis le 13 février 2009, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), satisfait de la réponse obtenue et du climat de collaboration qui a prévalu tout au long de la démarche, précisait qu'un délai de quatre mois était alloué aux propriétaires engagés dans le processus d'apporter les correctifs pour obtenir la certification.

Les défis à relever sont, dans un premier temps, la certification de toutes les résidences, et dans un deuxième temps, l'assurance du maintien des acquis et de la poursuite au quotidien des bonnes pratiques exigées par le processus de certification.

4.1.6.5 Plan régional de traitement des plaintes

Le niveau régional de traitement des plaintes concerne les résidences pour personnes âgées, le transport ambulancier, les organismes communautaires et les activités de l'Agence.

Voici les faits saillants pour 2008-2009 :

- 39 plaintes pour 54 objets différents;
- 8 assistances;
- 1 intervention (initiative du commissaire).

Globalement, les motifs des plaintes concernent :

- la nature et/ou la façon dont les soins et les services sont dispensés (17 motifs);
- l'accessibilité aux services (10 motifs);
- l'organisation du milieu et les ressources matérielles (10 motifs);
- les relations interpersonnelles avec la direction et/ou le personnel (7 motifs);
- le délai moyen d'attente pour le traitement des plaintes qui est établi à 30 jours.

Dans la très grande majorité des cas, les parties en cause font les efforts nécessaires pour améliorer la situation et ajouter de la qualité aux services dispensés. L'amélioration des communications, l'ajustement des activités professionnelles, l'encadrement et la supervision du personnel, et le respect des droits des usagères et des usagers sont les mesures les plus significatives.

Le régime d'examen des plaintes, en place depuis 2006, gagne à se faire connaître. Aussi, quelques conférences ont été tenues auprès d'associations de personnes retraitées et d'organismes communautaires désireux de mieux connaître le régime de plaintes, afin de l'utiliser à sa juste valeur pour contribuer à l'amélioration de la qualité des services.

La mise en œuvre du plan d'action intégré pour la promotion des droits des usagères et des usagers en Estrie réserve un rôle de choix pour le travail du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services : informer le personnel professionnel et la population sur les droits des usagères et des usagers pourrait prévenir la formulation de plaintes, mais surtout favoriser la participation de la clientèle à l'amélioration de la qualité des services.

4.1.7 Orientation 7 : Assurer une gestion rigoureuse en optimisant l'utilisation des ressources disponibles

4.1.7.1 Ressources financières

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôtel-Dieu

Au cours de la dernière année, tous les efforts nécessaires ont été déployés afin d'obtenir le financement requis pour le budget d'opération récurrent et non récurrent du projet d'agrandissement et de réaménagement du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) - Hôtel-Dieu.

De cette démarche, il en a résulté un financement non récurrent de 4 450 000 \$ pour l'exercice 2008-2009 compte tenu, selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), que l'accroissement des infrastructures en lien avec le projet n'était pas complété en fin d'exercice.

Dans le cadre de la planification budgétaire 2009-2010, l'Agence, de concert avec l'établissement, évaluera à nouveau le budget de fonctionnement requis et transmettra l'information au MSSS.

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2009, l'Agence et le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Memphrémagog ont collaboré à identifier le niveau de financement nécessaire dans le cadre du Programme fonctionnel et technique (PFT). Le budget d'opération qui sera demandé au MSSS au printemps 2009 est basé sur les besoins reconnus dans le PFT par le MSSS, et se détaille ainsi : 1,8 millions de dollars pour l'urgence, 3,5 millions pour les 72 lits de longue durée, 1,4 millions pour les frais de fonctionnement, et finalement, 1 million pour les frais non récurrents.

4.1.7.2 Ressources matérielles

Projet du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Haut-St-François a reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en juillet 2008, un avis de reconnaissance de besoins et l'autorisation de procéder à une mise à l'étude visant un projet d'agrandissement. L'établissement est à préparer un Programme fonctionnel et technique (PFT). Dès réception à l'Agence, le contenu sera analysé et des suites seront assurées selon le processus habituel.

Projet du Centre de santé et de services sociaux du Granit

Le MSSS, en collaboration avec la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ), a introduit un cadre de référence normatif où est décrite une nouvelle méthodologie concernant l'élaboration d'un PFT. Le CSSS du Granit s'inscrira donc dans la nouvelle démarche préalable exigée par le MSSS. Cette démarche vise à permettre aux établissements et aux agences que le PFT se conçoive, s'élabore et chemine dans le respect des orientations ministérielles répondant aux besoins des populations desservies par les établissements de santé et de services sociaux. L'Agence a soutenu l'établissement tout au cours de sa démarche préalable à l'élaboration de son PFT. L'établissement devrait déposer un document au cours de 2009-2010.

Projet du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a reçu du MSSS, en janvier 2009, un avis de pertinence pour le projet d'agrandissement du site Fleurimont. Tout au long de l'année, l'Agence a soutenu l'évolution du projet. L'établissement a transmis ses plans préliminaires à l'Agence en mai 2009. Les travaux d'analyse se réaliseront donc en étroite collaboration entre l'Agence et les établissements au cours de l'année 2009-2010.

Changement du système comptable de l'Agence

Depuis 1996, l'Agence utilisait un progiciel qui, malheureusement, ne répondait plus aux besoins actuels, étant même inefficace dans plusieurs facettes de la gestion financière. Ce dernier n'offrait pas la possibilité d'un rehaussement intéressant et d'amélioration de l'efficacité du travail. En effet, l'Agence devait préparer plusieurs rapports de suivis budgétaires et financiers de façon parallèle (double saisie) à cause des limites de ce dernier.

Puisque les besoins de l'Agence au niveau des suivis budgétaires et financiers ont beaucoup évolué au fil des ans, elle a procédé au changement de son progiciel de gestion financière en cours d'exercice. Ce nouvel outil a grandement amélioré la qualité et la disponibilité des données financières et budgétaires, ainsi que l'efficacité des tâches du personnel utilisateur.

4.1.7.3 Ressources informationnelles et technologiques

Projet prioritaire d'informatisation

Le projet prioritaire est un projet porteur, évolutif et mobilisateur pour toute la région de l'Estrie. Le système ARIANE est l'application régionale intégrée qui a été choisie pour supporter le projet prioritaire. Il a été décidé de centraliser l'hébergement des infrastructures au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et d'assurer une redondance entre le CHUS – Hôpital Fleurimont et le CHUS - Hôtel-Dieu.

Les résultats attendus sont multiples :

- Diminuer la double saisie de l'information.
- Diminuer le nombre d'erreurs de saisie.
- Accroître la fiabilité de l'information.
- Éviter que de l'information ne se perde.
- Accroître la continuité des soins et des services :
 - o Optimiser le taux d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour;
 - o Diminuer le taux de fréquentation de l'urgence.
- Accroître l'interdisciplinarité, le partage d'information entre les intervenantes et les intervenants.
- Accroître et rehausser le niveau de compétence des intervenantes et des intervenants.
- Diminuer le nombre de tâches sans valeur ajoutée pour la clientèle :
 - o Diminuer les dédoublements de soins et de services et le marchandage;
 - o Faciliter l'accessibilité aux soins en rendant l'information disponible à la clientèle sur l'ensemble de l'offre de soins et de services de l'Estrie;
 - o Diminuer le temps de réponse à la clientèle;
 - o Diminuer le nombre d'événements indésirables (médicaments);
 - o Accroître la participation de la clientèle en regard de son plan d'intervention.
- Contrôler les coûts d'infrastructures informatiques : rationalisation des applications, des serveurs, etc.
- Accroître l'information portant sur les caractéristiques populationnelles, les caractéristiques de santé, etc.

Pour le moment, les étapes réalisées sont la mise en place de l'infrastructure technologique et d'un domaine multi-établissements. Parmi les cinq services les plus prioritaires, celui de l'imagerie est pratiquement complété. Les quatre autres à venir ou présentement en discussion sont :

- les laboratoires;
- le SIGG (Système d'information géronto-gériatrique) versus le RSIPA (Réseau de services intégrés aux personnes âgées);
- le registre de vaccination;
- la gestion des demandes de services.

L'arrivée du projet d'imagerie diagnostic PACS (Picture Archiving and Communication Systems) en Estrie a imposé le déploiement du premier service, le Système d'information en radiologie (SIR). Ce service s'inscrivait dans la stratégie régionale de mise en place du projet d'informatisation des réseaux locaux de services de l'Estrie. Le déploiement du SIR apporte une contribution importante à l'arrimage avec le Dossier de santé du Québec (DSQ) pour le volet PACS, et une diminution des interfaces et des coûts récurrents.

Les coûts liés au déploiement du SIR régional dans tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS) se chiffrent à 1 111 000 \$, auxquels il faut ajouter un déboursé de 396 000 \$ pour l'achat de licences.

Un montage financier de 7,4 millions de dollars était prévu à l'origine pour la réalisation de la phase I du projet prioritaire. Au 31 mars 2009, de cette somme, il reste un solde de 1,8 million pour financer les travaux en cours et à venir.

Si nécessaire, afin de compléter les travaux envisagés, un autre montage financier sera effectué en 2009-2010.

Dossier de santé du Québec

La dernière année a permis de franchir des étapes-clés dans la concrétisation du DSQ, qui apparaît de plus en plus comme un incontournable dans l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé au Québec.

Entre autres, le manque de ressources spécialisées dans certaines régions a amené le Québec à développer différents projets de télésanté coordonnés par le DSQ. Un des objectifs du projet de télésanté est de déployer des systèmes de visioconférences pour créer des services virtuels de formation et de consultation médicale et professionnelle.

De plus, le déploiement et la mise en opération du PACS au Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) et au CSSS de Memphrémagog sont complétés, ainsi que la formation du personnel clinique. Aussi, les installations d'équipements ont débuté au CSSS des Sources à la fin mars 2009. Pour l'ensemble des autres MRC, exception faite du CSSS du Haut-Saint-François, le déploiement sera complété en début 2009-2010.

En ce qui concerne les PACS locaux, les équipements et les installations appartiennent aux établissements qui continuent d'en assurer la gouvernance et l'exploitation. Les PACS partagés relèvent des régions, et la gouvernance et l'exploitation ont été convenues entre l'Agence, le CHUS, qui est l'établissement hôte, et les établissements impliqués.

Le cadre de gestion opérationnelle du répertoire d'imagerie diagnostique (RID) – PACS a été présenté à la Table de coordination du réseau de l'Estrie (TCRE), à la Table des directrices et des directeurs des services professionnels (DSP) et à la Table régionale des ressources informationnelles (TRRI). Il a également été présenté auprès des directions des ressources informatiques des agences de la Mauricie et du Centre-du-Québec, et de la Montérégie. Les présidentes-directrices générales et les présidents-directeurs généraux concernés devraient signer l'entente en 2009-2010.

Réorganisation des ressources informationnelles régionales

Les travaux en cours au niveau régional (projet prioritaire, système d'informatisation radiologique, etc.) avaient mis en évidence l'importance de revoir l'organisation régionale des ressources informationnelles. Le déploiement des systèmes d'information du DSQ, ainsi que les systèmes cliniques des établissements, l'amélioration de la sécurité des actifs informationnels et la pénurie d'effectifs cliniques sont autant d'éléments qui justifiaient une démarche d'optimisation de l'organisation des ressources informationnelles.

En avril 2008, le réseau comptait 148 employés ETC (équivalent temps complet) œuvrant dans le domaine des ressources informationnelles. Les dépenses effectuées en 2006-2007 se chiffraient à près de 14 millions de dollars, soit environ 2,46 % des dépenses totales. Il existe actuellement quatre services des ressources informationnelles bien organisés, soit au CHUS, au CSSS-IUGS, au Centre jeunesse de l'Estrie (CJE) et à l'Agence, et deux bureaux de projets situés au CHUS et à l'Agence. La presque totalité des ressources humaines en ressources informationnelles des autres établissements sont en achat de services auprès du Centre d'assistance régional de l'Estrie.

Un comité de travail a été mandaté pour faire des recommandations avec le soutien de la firme CIM Conseil. Au cours de sa démarche de réflexion, le comité de travail a identifié un certain nombre d'enjeux et de principes directeurs :

Les enjeux identifiés :

- La prise en compte des orientations provinciales et régionales, notamment :
 - o L'actualisation des grands projets d'informatisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), tels que le DSQ et le RID-PACS;
 - o Le projet de régionalisation du système ARIANE.
- La priorisation des projets :
 - o Une préoccupation quant à la nécessité de considérer les besoins de tous les établissements, quelle que soit leur taille, dans le processus de priorisation des projets.
- La mise en commun et le partage d'expertise :
 - o La possibilité de réaliser des économies d'échelle significatives en élargissant la portée de certains projets initiés localement et en créant ainsi une masse critique; ce qui offre des avantages économiques et organisationnels pour les partenaires;
 - o La mise en commun ou le partage d'expertise et de compétences des spécialistes en ressources informationnelles disponibles dans l'ensemble du territoire estrien, qui peut profiter à toute l'organisation, grâce à une plus grande collaboration interétablissements et à une meilleure consolidation dans la gestion des projets.
- La normalisation des pratiques :
 - o La nécessité de développer une cohérence dans la gestion globale des ressources informationnelles et dans la façon de rendre les services aux établissements;
 - o Une plus grande intégration des systèmes qui oblige à déployer des efforts de normalisation des pratiques en cours.

- L'optimisation des infrastructures technologiques :
 - o La réorganisation des infrastructures régionales sur deux sites qui favorise l'optimisation atteignable des parcs technologiques des établissements, par une mise à niveau des parcs technologiques existants.
- Les coûts et le financement :
 - o Pour les établissements, une hausse de coûts qui est possible si elle se justifie par une amélioration du niveau de services en réponse à leurs besoins;
 - o Les coûts des projets à retombées locales qui pourraient être assumés par les établissements qui souhaitent leur mise en œuvre.
- Le modèle de gouvernance :
 - o Un modèle de gouvernance qui doit favoriser la création et le maintien d'un niveau de confiance des établissements envers le processus décisionnel, et des moyens pour y arriver qui doivent être clairement définis.
- L'intégration des établissements à vocation régionale :
 - o L'intégration des établissements à vocation régionale dans la nouvelle gouvernance alors que leurs systèmes d'information sont orientés par des décisions provinciales.

Les principes directeurs devant guider l'actualisation du projet d'optimisation étaient notamment :

- d'assurer une harmonisation des meilleures pratiques;
- de répondre aux besoins des établissements en fonction des priorités provinciales, régionales et locales, ainsi que des ressources disponibles (humaines, financières et matérielles);
- d'assurer des retombées positives pour l'ensemble de la région;
- de respecter les rôles et les responsabilités définis, et les règles de fonctionnement établies;
- de viser l'excellence et d'assurer la transparence;
- d'assurer une gouvernance et un mode de financement basés sur l'équité.

Ainsi, le 16 mai 2008, les directrices et les directeurs généraux convenaient à l'unanimité de leur accord avec un plus grand regroupement des ressources informationnelles, tel que proposé par la Table régionale des ressources informationnelles (TRRI) et recommandaient les éléments suivants :

- Rappeler le niveau de confiance qui règne entre les établissements et l'Agence, acquis sur lequel il faut s'appuyer pour améliorer l'offre de services informationnels.
- Accepter le principe de créer un plus grand regroupement des ressources informationnelles comme un moyen d'optimiser les ressources et de favoriser une meilleure réponse aux besoins cliniques des établissements.
- Confier la gouvernance de ce regroupement à l'Agence.
- Doter, le plus rapidement possible, le poste de directrice ou de directeur des ressources informationnelles, ainsi que celui de son agente administrative.
- Clarifier le partage des responsabilités et des activités dites « locales » et « régionales », et les faire entériner par la TRRI avant d'élaborer les ententes de niveaux de services.
- Prévoir les mécanismes susceptibles de favoriser le respect des priorités et des particularités des établissements.

- Assurer le financement de l'encadrement intermédiaire, à même les ressources d'encadrement du Centre d'assistance régional et du Bureau de projets, et par une contribution des établissements concernés.
- Sensibiliser les gestionnaires des établissements et de l'Agence sur l'importance d'investir annuellement dans les ressources informationnelles, afin d'assurer un début de rattrapage dans ce domaine, tout en sachant qu'il est probable que des économies d'échelles seront dégagées à moyen terme.
- Prévoir un comité de transition qui soutiendra l'Agence et la TRRI dans la réalisation du plan de mise en œuvre. Ce comité de transition sera sous la responsabilité de la TRRI et y participeront des représentantes et des représentants des ressources informationnelles, des ressources humaines, des ressources financières et des communications.
- Préparer, dans les meilleurs délais, un plan de communication afin d'informer les différentes instances du contexte, des objectifs, de la portée et des enjeux du regroupement.
- Prévoir, dans cinq ans, un mécanisme d'évaluation du modèle de gouverne retenu.
- Mettre à jour le Plan directeur régional en ressources informationnelles, afin de se donner une vision à moyen et à long terme du développement de nos ressources informationnelles.

Au cours de l'été 2008, la direction générale de l'Agence a effectué une consultation sur l'état de situation concernant le regroupement des ressources informationnelles. Les constats suivants s'en sont dégagés :

- Toutes les personnes consultées étaient d'accord pour poursuivre les efforts de régionalisation des services informatiques, mais avec prudence quant au choix des services.
- La gérance du Bureau de projets devait être revue, ainsi que les autres développements.
- Les efforts pour harmoniser les logiciels devaient être poursuivis.

Plusieurs incertitudes demeuraient :

- Le devenir de la gérance du DSQ;
- La phase II du projet prioritaire;
- Les ressources financières que requièrent les deux dossiers précédents;
- La multitude de petits projets informatiques toujours en recherche de financement;
- Le devenir de la gérance des ressources informationnelles au plan national;
- Les difficultés à bien définir l'interface entre les services des établissements et les services régionaux dans un futur regroupement.

Devant ces enjeux, la direction générale de l'Agence a considéré que les conditions gagnantes pour procéder à la nomination d'une directrice ou d'un directeur n'étaient pas réunies. Il a alors été décidé qu'il serait préférable de poursuivre les démarches pour réunir ces conditions gagnantes. Il a été proposé qu'un comité d'orientation soit créé à un haut niveau administratif, comité qui a vu à se donner une stratégie pour mieux identifier les objets de la régionalisation, qui a documenté davantage le contexte financier et fixé les orientations stratégiques pour le projet prioritaire.

La nécessité d'une plus grande coordination en informatique, tant au niveau provincial que régional, s'impose d'elle-même. Il y a insatisfaction concernant le nombre de commandes en informatique en provenance du MSSS. Plusieurs régions, dont l'Estrie, n'ont pas les ressources matérielles, financières et humaines pour répondre adéquatement à cette multitude de projets. Toutes les régions réclament une meilleure coordination du MSSS, ainsi qu'une priorisation en fonction des ressources disponibles.

Le MSSS s'est engagé à mettre de l'ordre et un nouveau sous-ministre adjoint a été nommé.

Le même besoin existe dans la région de l'Estrie, car on doit ajouter à la précédente liste le projet prioritaire, la priorité numéro un en Estrie.

À l'automne 2008, il a été décidé de suspendre les travaux de régionalisation pour permettre de clarifier les orientations, d'où la création, à un haut niveau décisionnel, d'un comité d'orientation en informatique. Ce comité est composé des représentantes et des représentants suivants :

- Le directeur général du CJE
- Le directrice générale du CHUS
- Le directeur général du CSSS de la MRC-de-Coaticook
- Le président-directeur général de l'Agence
- La directrice des ressources financières, informationnelles et matérielles de l'Agence
- Le directeur du Bureau de projets et le chef des ressources informationnelles de l'Agence

Le mandat du comité est de proposer à la TCRE :

- les priorités de développement en informatique;
- les moyens de financement nécessaires;
- le réaligement pour le projet prioritaire;
- un plan d'affaire régional pour le DSQ;
- les étapes futures pour la régionalisation des services informatiques offrant un potentiel de performance.

Optimisation des technologies de l'information

En cours d'année, le CHUS a été mandaté pour la gestion de la plateforme ARIANE et pour l'actualisation des décisions et des orientations régionales, en lien avec ladite plateforme et l'informatisation. À cet effet, une entente de collaboration devrait être signée entre le CHUS et l'Agence au début de 2009-2010.

Les différentes instances, dont la TRRI et le comité tactique et opérationnel, sont maintenues dans le but, entre autres, d'harmoniser les logiciels et les autres façons de faire en région.

4.2 Enjeu 2 : Maximisation de notre capacité d'attraction, de rétention et d'adaptation à l'évolution de la pénurie actuelle et appréhendée en ressources humaines, dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Dans le cadre de l'enjeu 2 du Plan pluriannuel 2008-2011 du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie, vient se greffer la planification stratégique régionale de la main-d'œuvre 2007-2012. Dans ce contexte, l'Agence a poursuivi la concertation et les actions sur les priorités en matière de planification de la main-d'œuvre et de développement des compétences au plan régional, et ce, auprès du personnel salarié et d'encadrement.

Ce plan stratégique propose une approche systémique et concertée de la planification de main-d'œuvre et du développement des compétences du personnel du réseau, où convergent aussi bien les actions locales et régionales que les orientations ministérielles.

4.2.1 Orientation 8 : Augmenter le pouvoir d'attraction du secteur de la santé et des services sociaux

4.2.1.1 Recrutement de la main-d'œuvre

Valorisation du secteur de la santé et des services sociaux, de ses établissements et de ses professions et métiers

Afin de répondre à cet objectif, des outils promotionnels ont été conçus par l'Agence. Sous le slogan « J'en fais partie », 6 000 lanières ont été confectionnées, sur lesquelles on y retrouve le site Internet www.avenirensante.com. Ce site ministériel présente les différentes carrières dans le réseau de santé et des services sociaux.

De plus, pour présenter les programmes de formation liés aux emplois en pénurie, 5 500 fiches cartonnées ont été conçues.

En Estrie, plusieurs salons se sont tenus en 2008-2009 et l'Agence a participé à l'organisation d'un kiosque régional représentant les différents établissements, lors des cinq événements suivants :

- Le Salon de l'emploi des services sociaux, à l'Université de Sherbrooke, le 9 avril 2008;
- Le premier Salon de formation professionnelle et technique en Estrie, les 21 et 22 octobre 2008;
- Le deuxième Salon des employeurs en santé de l'Estrie, au Cégep de Sherbrooke, le 10 novembre 2008;
- Le premier Salon de l'éducation et de la carrière TECO (Townships Education and Career Opportunities), au Alexander Galt Regional High School, le 19 février 2009;
- Le Salon Priorité-Emploi 2009, les 27 et 28 mars 2009.

Invitation spéciale

2^e Salon des employeurs en santé de l'Estrie

Date : Lundi, 10 novembre 2008
Heure : de 14 h à 18 h
Lieu : Cégep de Sherbrooke
Hall de la Salle Alfred-Desrochers (Pavillon 3, entrée rue Terril)
Local : 3-13-110 (Hall de la salle Alfred-Desrochers)

L'OPPORTUNITÉ DE RENCONTRER VOTRE FUTUR EMPLOYEUR !

OBJECTIFS
Le Salon des employeurs en santé de l'Estrie a pour principaux objectifs de :
• Mieux faire connaître les sept centres de santé et de services sociaux (CSSS) et le centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).
• Permettre aux étudiants invités de créer des contacts avec les employeurs présents (en vue d'obtenir un emploi).

ÉTUDIANTS INVITÉS
Cégep de Sherbrooke
Tous les étudiants et étudiantes de 1^{re}, 2^e et 3^e année des programmes ci-dessous sont invités au Salon des employeurs en santé de l'Estrie :
1) Soins infirmiers
2) Techniques d'orthothérapie
3) Techniques de réadaptation physique
4) Technologie d'analyses biomédicales

Centres de formation professionnelle
Tous les finissants et finissantes des programmes ci-dessous sont invités au Salon des employeurs en santé de l'Estrie :
5) Soins, assistance et soins infirmiers
6) Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé
7) Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile

7 PROGRAMMES VISÉS
7 prix de présence d'une valeur de 100\$ chacun

EMPLOYEURS PRÉSENTS
Sur place, vous aurez l'occasion de discuter avec les représentants des ressources humaines des établissements de santé suivants :
• CSSS du Val-Saint-François (Windou, Richmond, Valcourt et environs)
• CSSS des Sources (Valcourt et environs)
• CSSS de Memphrémagog (Magpie, Pelly, Stanstead et environs)
• CSSS-AUGS (Sherbrooke)
• CSSS du Haut-Saint-François (Windou, East Angus, La Patrie et Coaticook-Est)
• CSSS du Granit (La Malbaie, Lennoxville, Saint-Jude et environs)
• CSSS de la MRC-de-Cutcliffe (Cutcliffe et environs)
• CHUS (Sherbrooke)
• CHSLD Vigi-Shermont (Sherbrooke)
• CHSLD La Maison Blanche de North Hatley (North Hatley)

J'en fais partie
La relève, c'est plus de 4 000 emplois d'ici 5 ans en Estrie.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE
www.santeestrie.qc.ca

Diversification du bassin de main-d'œuvre potentielle

Un rapport de recherche portant sur les variables d'influence du choix professionnel et des stratégies de recrutement et de rétention de la clientèle masculine, dans les professions non traditionnelles du secteur de la santé et des services sociaux, a été financé par l'Agence en partenariat avec l'Université de Sherbrooke. Il a été diffusé à l'ensemble des directions des ressources humaines de notre région.

Définition des stratégies de recrutement régional

Plusieurs stratégies de recrutement ont été développées en Estrie. Notamment, des affiches publicitaires ont été placées à différents endroits de la ville, présentant notre slogan « J'en fais partie », afin de donner de la visibilité à notre réseau. Plus de 5000 sacs promotionnels ont été également distribués afin de rejoindre les chercheurs d'emploi par le site Internet de l'Agence, au www.santeestrie.qc.ca, où l'on retrouve les affichages de postes en région.

La participation régionale au cahier spécial *L'Estrie rayonne* du quotidien La Tribune, comportant la parution de la publicité sur la relève « J'en fais partie », le 18 février 2009, a également été l'une des actions posées pour recruter des candidates et des candidats en région.

Soutien à la préparation à l'emploi

Les travaux des projets PRIMOS (Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé) et PRIESH (Partenariat régional d'intégration des professionnels de la santé d'expression anglaise) ont été poursuivis, afin de préparer la relève à leur intégration dans nos milieux de santé et de services sociaux.

Un service de placement étudiant a été mis sur pied à l'été 2008. Il en est résulté par l'embauche de deux superviseurs, le lancement et les inscriptions au recrutement régional, et un suivi des embauches. Les travaux se sont poursuivis en 2009 par un service en ligne sur le site Internet de l'Agence, au www.santeestrie.qc.ca, section « Emplois ». Ce service s'adressait aux étudiantes et aux étudiants de certains programmes d'études visant l'intégration de la relève du réseau de la santé et des services sociaux. Plusieurs établissements ont participé à cet exercice.

Pour assurer la réalisation des stages requis dans les programmes de formation en santé et en services sociaux, les travaux se poursuivent chaque année par la coordination entre les établissements du réseau et la concertation des partenaires régionaux. Voici les programmes d'études concernés :

- Santé, assistance et soins infirmiers (infirmière et infirmier auxiliaires);
- Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé (préposée et préposé aux bénéficiaires);
- Soins infirmiers (infirmière et infirmier).

4.2.2 Orientation 9 : Améliorer les processus de recrutement des établissements

4.2.2.1 Recrutement de la main-d'œuvre

Mise en valeur d'un processus de recrutement efficace et efficient

Dans un processus d'amélioration continue, l'Agence a fait la mise à jour de sa section « Emplois » de son site Internet, à l'adresse www.santeestrie.qc.ca.

Un partenaire régional de l'Agence, Préférence Estrie, a participé au deuxième Salon des employeurs en santé en Estrie, le 10 novembre 2008. Ce service a comme mandat de soutenir le recrutement, l'intégration et la rétention de personnel hautement qualifié, et leur famille dans notre région.

Actualisation du plan de main-d'œuvre

Afin d'actualiser le plan de main-d'œuvre 2008-2009, l'Agence a soutenu l'implantation du nouveau cadre normatif en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO). De plus, elle supporte les établissements relativement à l'harmonisation des données régionales par le biais d'un outil standard répondant aux normes ministérielles, et ce, par un module du logiciel Logibec nommé PMO-PPE (Planification de la main-d'œuvre - Plan prévisionnel des effectifs).

4.2.3 Orientation 10 : Accroître le taux de rétention de la main-d'œuvre dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux du Québec

4.2.3.1 Rétention de la main-d'œuvre

Soutien aux établissements quant aux changements favorisant la rétention de la main-d'œuvre

Afin d'attirer et de retenir le personnel infirmier, un programme de soutien clinique, volet Préceptorat, est offert aux établissements par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce programme permet à huit établissements de notre région d'élaborer un programme en fonction de ses réalités.

Un guide d'accueil régional, étant le premier volet du Programme structuré d'accueil et d'intégration des cadres en Estrie (PAICE), a été élaboré sous forme de babillard pour favoriser l'accueil et l'intégration du nouveau personnel d'encadrement, mais aussi pour tenter de répondre à un enjeu de rétention de ce personnel du réseau.

De plus, un coffre à outils de gestion destiné au personnel d'encadrement de la région a été réalisé, afin de les outiller et de les sensibiliser à quatre thématiques incontournables du réseau, soit : l'accueil, l'intégration et l'orientation; la mobilisation d'une équipe de travail; la gestion d'un climat de travail dans une perspective d'amélioration; le mentorat et le coaching.

Mise en commun et développement d'outils pour travailler à l'organisation du travail

Afin de permettre un partage d'information et d'outils, un babillard régional a été conçu à l'intention des sept centres de santé et de services sociaux (CSSS) visés par les projets d'organisation des soins et du travail en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). De plus, un plan régional de formation a été élaboré pour l'ensemble des partenaires visés par ces sept projets.

Soutien au développement en réseau de la transformation du travail

Le projet TOT (Projet de transformation de l'organisation du travail), par le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et le CSSS du Granit s'est poursuivi. Ce projet a notamment comme objectif de développer de nouvelles formes ou modalités d'organisation du travail à l'échelle du réseau, adaptées à un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

La première expérimentation a ciblé les services de santé, les services hospitaliers et les services de première ligne, dispensés aux personnes vivant avec un cancer (oncologie et soins palliatifs).

Travail à l'organisation optimale du travail du personnel infirmier, notamment par des pratiques novatrices

Des projets novateurs et porteurs de résultats se développent et se réalisent dans les établissements de la région, avec le soutien de l'Agence et du MSSS pour faciliter leur implantation. Voici les projets en Estrie :

- Réorganisation du travail en CHSLD (projets en cours dans les sept CSSS);
- Projet TOT (CSSS-IUGS, CSSS du Granit, CHUS);
- Projet Apollo (Centre de réadaptation Estrie);
- Projet du service de radio-oncologie (CHUS);
- PRIMOSSS (Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé et services sociaux);

- Projet BATH (Besoin d'aide technique lors de l'hygiène) en ergothérapie et en milieu communautaire;
- Activité de formation sur les difficultés langagières (projet en orthophonie);
- Formation des infirmières et des infirmiers auxiliaires au bloc opératoire (CHUS);
- Programme d'intéressement au rôle d'infirmière et d'infirmier praticiens spécialisés.

Tous ces projets visent l'organisation optimale du travail à l'intérieur des établissements.

4.2.4 Orientation 11 : Positionner le développement des compétences auprès des employeurs et des employées et employés du secteur, comme source privilégiée de motivation de la main-d'œuvre et d'amélioration de la performance des établissements

4.2.4.1 Développement des compétences des ressources humaines

En 2008, l'Agence a entrepris des travaux d'élaboration d'une planification régionale en matière du développement des compétences, afin de revoir le développement des compétences du personnel du réseau à la lumière du contexte actuel, et d'établir de nouvelles orientations et priorités pour les prochaines années (2009-2012).

Ce processus est fait sous la responsabilité de la Table régionale des ressources humaines (TRRH) de tous les établissements de la région et de la Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines (DGACRH) de l'Agence. Le plan stratégique devrait être adopté par le conseil d'administration au cours de l'automne 2009.

4.2.5 Orientation 12 : Bonifier la programmation des activités de développement des compétences en fonction des besoins spécifiques des établissements

4.2.5.1 Développement de compétences des ressources humaines

L'Agence offre au personnel du réseau estrien de la santé et des services sociaux diverses activités en matière de développement des compétences, afin d'assurer l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences pour l'implantation ou la consolidation de nouvelles approches, pratiques ou technologies survenues dans les différents programmes-services.

C'est avec la collaboration des comités directeurs, mis en place afin de coordonner l'actualisation des orientations régionales en lien avec les différents programmes-services, que l'Agence planifie ces activités de développement des compétences : cueillette et priorisation des besoins, identification des activités de développement des compétences (formation, coaching, études de cas, etc.) et programmation annuelle.

En 2008-2009, plus de 1984 membres du personnel gestionnaire et salarié du réseau estrien ont participé aux différentes activités en développement des compétences offertes par l'Agence.

D'autre part, afin de répondre au manque de relève de gestionnaires et pour augmenter les compétences des gestionnaires actuels du réseau estrien de la santé et des services sociaux, l'Agence coordonne le programme de formation sur mesure pour les cadres et la relève, en collaboration avec l'Université Laval de Québec. Ce programme offre une formation académique de premier et de deuxième cycle en gestion et en développement des organisations, et les coûts sont assumés conjointement par les établissements et l'Agence.

À la suite des recommandations des membres de la Table régionale des ressources humaines (TRRH) et du Comité régional du développement du personnel d'encadrement (CRDPE), deux nouvelles cohortes ont débuté un microprogramme en janvier 2009, soit un groupe pour le premier cycle et un autre pour le deuxième cycle. Au total, pour l'année 2008-2009, 172 personnes (cadres et relève) ont poursuivi des études dans le cadre de ce programme.

4.2.6 Orientation 13 : Développer une image de marque et d'employeurs de choix dans notre région aux yeux des candidates et des candidats, ainsi que du personnel

4.2.6.1 Connaissance et reconnaissance du réseau estrien, et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux

Promotion du réseau estrien et de son offre de services de santé et de services sociaux

Une conférence de M. Alain Gosselin, à l'intention des directions générales et des directions des ressources humaines de notre région, a été présentée sous le thème « Employeur de choix », le 16 mai 2008 à l'Agence.

L'implantation d'approches novatrices, comme *Planetree* au Centre de réadaptation Estrie (CRE) et au Centre jeunesse de l'Estrie (CJE), et *Entreprise en santé* au Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), favorise le développement d'une image de marque et d'employeurs de choix dans notre région.

Développement d'un partenariat avec l'ensemble du milieu de l'éducation en Estrie (universités, collèges, centres de formation professionnelle, commissions scolaires, etc.) pour faire face à l'ensemble de nos besoins de main-d'œuvre

L'Agence, le Cégep de Sherbrooke, et le réseau des établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie ont mis en place un programme d'actualisation professionnelle en soins infirmiers, du 28 avril au 29 août 2008. Sept personnes sont finissantes, donc disponibles à travailler dans notre réseau. Étant donné les retombées positives de ce programme, des travaux se poursuivent afin d'en faire un processus annuel.

4.2.7 Orientation 14 : Mobiliser l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux autour du réseau estrien, et des enjeux de la planification de la main-d'œuvre

4.2.7.1 Connaissance et reconnaissance du réseau estrien, et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux

Renforcement de l'implication du secteur de la santé et des services sociaux pour faire face aux enjeux de planification de la main-d'œuvre

L'Agence participe à la Table estrienne de concertation Formation-Emploi (TECFE), afin d'influencer la promotion des programmes de niveaux professionnel et technique des commissions scolaires de l'Estrie et du Cégep de Sherbrooke, en lien avec les métiers et les professions de la santé et des services sociaux.

De plus, dans le but de faire connaître le réseau de la santé et des services sociaux, l'Agence a maintenu et optimisé ses partenariats, notamment avec le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) et le Projet régional d'intégration en Estrie (PRIE). Ces partenariats ont permis, entre autres, la participation du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) à la quatrième édition de *L'Estrie se parle des vraies affaires!*

4.3 Enjeu 3 : Développement et mise en œuvre d'actions efficaces en promotion de la santé et du bien-être, en prévention des maladies et en protection de la santé publique

4.3.1 Orientation 15 : Accentuer les mesures de promotion de la santé et du bien-être, et de prévention primaire des maladies dans tous les domaines de la santé publique

La Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) de l'Agence a procédé cette année à la formation du comité directeur du programme Santé publique. Le comité a révisé les dossiers prioritaires et s'est doté de cinq sous-comités pour les programmes suivants : la vaccination des 0-2 ans, l'Initiative des amis des bébés, le Programme intégré 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, le suivi du Programme intégré 0-5 ans, et la Table des accompagnateurs locaux pour l'approche *École en santé*. Le comité s'est également doté de deux groupes de travail pour la prophylaxie postexposition au sang ou aux autres liquides biologiques, et pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

Le Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires, rédigé à partir des données du recensement de 2006 et comportant pour la première fois une analyse par territoire, a été lancé et distribué.

Le personnel professionnel et les médecins ont contribué à une chronique radiophonique hebdomadaire visant à informer le grand public, et ont reçu à cet effet une formation pour les médias.

4.3.1.1 Habitudes de vie et maladies chroniques

Promotion des saines habitudes de vie et prévention des maladies chroniques

En 2008-2009, des travaux ont été menés pour intégrer et maintenir sous une seule et unique programmation tous les éléments de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques : le Programme intégré 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Ce programme représente le volet préventif du programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques, adopté par le conseil d'administration de l'Agence, le 17 octobre 2007. Le lancement officiel du Programme intégré 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, et de son Guide d'implantation 2008-2012, a eu lieu le 4 juin 2008 auprès des directions des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région.

Voici le bilan 2008-2009 selon les champs d'activité retenus pour 2008-2012, en fonction des aspects organisationnels et fonctionnels de l'implantation du programme, de même que les activités en lien avec les approches environnementale et individuelle :

1. Implantation et consolidation du Programme intégré 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION

- Mise en place et collaboration au comité régional estrien sur le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir* (PAG), coprésidé avec la Conférence régionale des élus de l'Estrie (CREE).
- Rédaction et mise à jour des trois fascicules du guide d'implantation du Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.
- Constitution et animation du sous-comité régional 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.



- Représentation au sous-comité régional Maladies chroniques.
- Soutien aux CSSS dans l'appropriation du Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, et dans l'élaboration de leur projet clinique en lien avec le programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques.
- Partenariat avec l'organisme Québec en forme pour soutenir les projets des milieux locaux.

2. Activités régionales et locales en matière de campagnes de communication sociétales et d'activités de communication

- Réalisation d'une campagne de promotion de la marche. Une trentaine d'entreprises ont organisé des activités dans le cadre de la campagne *Rendez-vous d'automne*. Plus de trente organismes partenaires et collaborateurs ont organisé des activités communautaires dans le cadre de la campagne *Marchez Sherbrooke*.



- Réalisation de la campagne *Plaisirs d'hiver*. Environ 60 municipalités ont organisé près de 100 activités familiales, et quelque 30 écoles primaires ont offert des activités spéciales à leurs élèves.
- Participation au *Défi santé 5/30* et collaboration avec Sherbrooke Ville en santé pour le volet intermunicipal. Durant la durée du défi, soit du 1^{er} mars au 11 avril 2009, 6 922 personnes de la région de l'Estrie se sont inscrites (comparé à 4 143 en 2008). La moyenne d'âge est de 42 ans, et 70 % sont des femmes. Le nombre d'inscriptions pour la municipalité de Sherbrooke a été de 4 595 personnes.
- Participation à la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac et au *Défi J'arrête, j'y gagne!* Durant ce défi, qui se tenait du 1^{er} mars au 11 avril 2009, 666 personnes se sont inscrites.
- Participation à l'événement *Fruits et légumes en vedette* en partenariat avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ). Pour l'année 2009, 56 restaurants de l'Estrie ont participé à cet événement.
- Participation au site Internet du Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION : www.0-5-30.com, section « Estrie ».



3. Activités dans le cadre de la promotion, du développement et de l'application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie

- Diffusion du nouveau *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire – Mise à jour 2008* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) auprès des organismes concernés et des CSSS.
- Intégration de la sécurité alimentaire dans le Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.
- Démarche de sensibilisation et de mobilisation auprès des organismes communautaires en lien avec la sécurité alimentaire, avec la participation du Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie.



4. Activités de promotion et de prévention concernant les saines habitudes de vie dans les milieux de vie et les communautés (approche environnementale)

Milieu scolaire

- Collaboration à la Table régionale sur les arrimages de différents programmes, approches et mesures, de divers partenaires, à implanter dans les milieux scolaires.
- Développement d'une approche régionale de soutien dans le dossier *Cour d'école*. Une offre de service régionale a été élaborée. Une quinzaine d'écoles ont été rencontrées.
- Attribution de 18 bourses *École active* à des écoles primaires et secondaires totalisant 10 050 \$ pour des projets d'aménagement du milieu favorisant la pratique d'activités physiques, la sécurité et la saine alimentation.
- Formation organisée pour les intervenantes et les intervenants de CSSS sur le guide d'application du volet Alimentation de la Politique-cadre du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), élaboré par le MSSS.
- Achat et diffusion de « modèles d'aliments » en plastique et du guide d'utilisation pour les intervenantes et les intervenants de CSSS accompagnant le milieu scolaire dans l'implantation de la Politique-cadre.
- Collaboration au déploiement du programme *Moi j'croque 5 fruits et légumes*, en partenariat avec les CSSS de la région.
- Collaboration à la mise en œuvre de *Mon école à pied, à vélo* dans six écoles de la Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke.
- Collaboration au Portrait des habitudes de vie des jeunes Sherbrookoises de 4 à 17 ans.

Milieu de travail

- Promotion de la tournée régionale du Groupe de promotion pour la prévention en santé (GP²S) et de leur norme « Entreprise en santé ».

Milieus municipal, communautaire et associatif

- Participation à l'organisation de quatorze événements des *Mardis actifs*, des activités d'initiation au plein air pour les adultes de plus de 55 ans.
- Soutien au programme *Viactive* par le biais d'une entente avec l'organisme Sercovie. Près de 2 500 personnes ont participé chaque semaine à des séances d'exercice dans 125 regroupements de l'Estrie.

- Collaboration à la remise de 110 bicyclettes à des enfants de milieux défavorisés dans le cadre de *Récupère-don ton vélo*.
- Suivi des actions réalisées par les organismes communautaires du secteur alimentaire dans le cadre de l'intégration du financement en entente spécifique du Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire du MSSS, dans leur financement de base.

5. Déploiement d'actions en regard des facteurs individuels

Pratiques cliniques préventives en lien avec les habitudes de vie

Counselling de longue durée

Selon les données recensées pour l'année 2008-2009, 236 fumeurs ont reçu des services de cessation dans les sept centres d'abandon du tabagisme (CAT) de l'Estrie, ce qui représente 594 interventions de counselling de longue durée en cessation tabagique. De plus, le nombre d'interventions de counselling de longue durée en alimentation est de 902 (728 pour l'année 2007-2008) et celles sur l'activité physique est de 828 interventions (481 pour l'année 2007-2008). L'offre de counselling de courte durée 0-5-30 dans les services courants santé des CSSS est encouragée, mais aucune donnée n'est disponible.

Soutien à l'intégration du counselling

- Formation de nouveau personnel en intervention des CAT intégrés au Programme intégré 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION en counselling de longue durée en cessation tabagique et à l'approche C.A.D.E.A.U. (approche au changement de comportement).
- Soutien à l'intégration du counselling en cessation tabagique par les médecins, en collaboration avec l'Association médicale des omnipraticiens de l'Estrie, dans le cadre de l'éducation médicale continue.
- Travaux en vue de la mise en place d'une ordonnance collective régionale pour les thérapies de remplacement de la nicotine pour les fumeurs qui consultent dans les CAT de la région.
- Mise à jour du Guide de formation en nutrition pour les professionnels de la santé (infirmières et infirmiers) du Programme intégré 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, et ateliers de formation.
- Organisation de rencontres d'appropriation de l'approche motivationnelle pour les infirmières et les infirmiers des services courants des CSSS comme soutien au counselling de courte durée sur les habitudes de vie.

Activités éducatives

- Participation à un kiosque d'information dans le cadre de la Journée mondiale du rein, à la demande et en collaboration avec les néphrologues du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).
- Participation et présentation du PAG et du Programme intégré 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION à un colloque de la fonction publique de l'Estrie.

Santé buccodentaire

La Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) a participé aux travaux nationaux concernant la planification, l'organisation et la réalisation du programme de formation sur l'application des agents de scellement en milieu scolaire.

Des formations théoriques et pratiques ont été planifiées, organisées et réalisées pour les dentistes des directions de santé publique et pour les hygiénistes dentaires des CSSS des régions suivantes : Saguenay–Lac-Saint-Jean, Baie-James, Bas-Saint-Laurent, Chaudière-Appalaches, Lanaudière, Mauricie–Centre-du-Québec et Côte-Nord. Trois autres formations ont été planifiées pour les régions : Mauricie–Centre-du-Québec, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Deux formations théoriques et pratiques ont été planifiées et réalisées pour les hygiénistes dentaires de la région de l'Estrie.

La DSPE a également participé aux travaux de révision du guide d'intervention *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance*, édition 2008 du MSSS.

Par ailleurs, la DSPE a accompagné et soutenu la Ville de Richmond dans la réalisation des travaux nécessaires à l'obtention d'une aide financière auprès du MSSS, afin de procéder à l'implantation, en 2009-2010, d'un système de fluoruration des eaux de consommation selon les normes et directives en vigueur au Québec. Le montant de l'aide financière alloué à la Ville de Richmond par le MSSS pour l'implantation de la fluoruration est de 274 724 \$.

La DSPE a aussi accompagné et soutenu la Ville de Windsor dans la réalisation des travaux nécessaires au renouvellement éventuel de ses équipements de fluoruration.

Enfin, la DSPE a assuré le soutien à la réalisation du Programme public de services dentaires préventifs dans toutes les écoles primaires de la région de l'Estrie. Voici quelques résultats en lien avec ce programme (année scolaire 2007-2008) :

Nombre d'écoles où le programme a été appliqué (toutes les écoles primaires).....	108
Nombre d'enfants qui ont bénéficié d'un dépistage dentaire	3 932
Nombre d'enfants référés aux dentistes pour traitements	350
Nombre d'enfants à risque élevé de carie, suivi par les intervenantes et intervenants du programme	1 632
Nombre d'applications topiques de fluorure.....	3 174
Nombre d'activités éducatives individuelles.....	3 182
Nombre d'enfants qui ont bénéficié d'agents de scellement.....	374
Nombre de dents scellées	1 418

L'obligation de remplacer les unités dentaires portatives en cours d'année a légèrement affecté le volume d'activités désirées auprès des enfants considérés à risque élevé de carie dentaire. Ce problème étant maintenant résolu, le volume d'activités associées à l'application des agents de scellement dentaire devrait croître de façon importante pour l'année scolaire 2008-2009. Les résultats de l'année scolaire 2008-2009 seront disponibles en juillet 2009.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

En 2007-2008, 25 328 femmes de 50 à 69 ans ont passé une mammographie de dépistage dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) en Estrie. Le taux de participation se situe à 62,7 % en décembre 2008. Par rapport à 2006-2007, on note une légère baisse de participation, en particulier chez les femmes de 50 à 55 ans.



Le Comité régional d'assurance de la qualité s'est réuni en décembre 2008. On y a étudié le délai entre le résultat anormal de la mammographie de dépistage et le diagnostic histopathologique. Afin que les femmes puissent avoir leur diagnostic plus rapidement, les pathologistes ont suggéré de supprimer l'analyse des récepteurs hormonaux sur le tissu mammaire prélevé lors de biopsies du sein, étant donné que cette analyse est refaite de toute façon sur les spécimens prélevés lors de mastectomies partielles. Par ailleurs, la place de l'imagerie par résonance magnétique dans l'investigation, à la suite d'une mammographie de dépistage anormale, y a été discutée. Cet examen d'investigation est actuellement réservé uniquement aux femmes à risque élevé de cancer du sein.

Au niveau provincial, le programme relève désormais de la Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes. Au niveau régional, un groupe de travail relevant de la DSPE se penche sur la gouvernance régionale du PQDCS. Les rôles et les mandats des différents partenaires y sont revus dans le but d'améliorer l'organisation des services du PQDCS en Estrie.

Un rapport sur l'évolution de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du PQDCS, produit par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en décembre 2008, conclut que cinq ans après sa mise en place, le PQDCS semble associé à une réduction de la mortalité par cancer du sein.

4.3.1.2 Traumatismes non intentionnels

Interventions en prévention des chutes

Le déploiement du nouveau cadre de référence en prévention des chutes est maintenant complété pour l'ensemble du territoire. Les intervenantes et les intervenants des CSSS de la région ont reçu les formations favorisant l'actualisation de leurs connaissances, permettant d'uniformiser les interventions à la prescription du guide d'implantation de l'Intervention multifactorielle personnalisée (IMP). Dans ce programme, ce sont 403 aînés du service de soutien à domicile qui ont reçu une intervention en prévention des chutes, soit 6,57 % pour l'ensemble du territoire de l'Estrie.

L'intervention multifactorielle non personnalisée offerte par le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) est maintenant implantée dans les sept MRC de l'Estrie. Cette intervention a permis à plus de 250 personnes (449 personnes au total) de plus de 65 ans de recevoir une intervention dans leur communauté.

Sécurité des usagères et des usagers de véhicules hors routes

D'importants travaux ont été entrepris pour l'élaboration et la diffusion de lignes directrices, concernant la sécurité et la prévention des blessures auprès des usagères et des usagers de véhicules hors routes (VHR). Ces travaux devraient, à terme, mieux outiller les responsables des clubs de VHR lors de la conception, de l'entretien et du balisage de leurs sentiers. Ils devraient également permettre de diminuer la prise de risque (vitesse, alcool, etc.) des conducteurs de ces véhicules.

Traumatisme à domicile chez les nouveau-nés et les jeunes enfants

Le personnel professionnel des CSSS qui intervient auprès des parents bénéficiant des services intégrés de périnatalité et de la petite enfance a reçu de la formation pour prévenir les différents traumatismes qui surviennent à domicile. Ces intervenantes et ces intervenants distribuent plus de 350 trousseaux de sécurité contenant du matériel pour prévenir les traumatismes divers survenant à domicile pour ces mêmes parents.

Sécuri-jeunes à la ferme

Ce programme d'intervention, s'adressant aux jeunes de 10 à 12 ans dans le cadre d'activités scolaires, a été étendu à plusieurs communautés rurales de l'Estrie. Ce programme d'une journée se déroule à la ferme et aborde différentes problématiques de sécurité et de prévention des blessures qui sont spécifiques à ces milieux de vie.

Promotion de l'utilisation correcte des sièges d'auto pour enfants

L'Estrie est l'une des deux seules régions québécoises qui bénéficient, depuis 2009, d'un continuum d'activités pour promouvoir l'utilisation correcte des dispositifs de retenue pour les enfants. Ces activités se retrouvent présentement dans les lieux suivants : cours prénataux, services d'échographie, services d'obstétrique, visites à domicile, centres de la petite enfance, écoles primaires et service de distribution de sièges d'auto par l'organisme communautaire régional Naissance Renaissance Estrie.

4.3.1.3 Maladies infectieuses

Programme de vaccination contre le virus du papillome humain

En septembre 2007, le ministre de la Santé et des Services sociaux, D^r Philippe Couillard, a annoncé l'implantation d'un nouveau programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) pour les filles de la quatrième année du primaire et du troisième secondaire, et ce, dès la rentrée scolaire 2008.

Ainsi, dès la rentrée scolaire 2008, les filles de la quatrième année du primaire ainsi que celles du troisième secondaire ont reçu le vaccin selon les recommandations du Comité d'immunisation du Québec. En Estrie, pour deux années consécutives, les étudiantes du cinquième secondaire recevront également le vaccin en milieu scolaire. Le programme de vaccination contre le VPH a été un succès. En date du 31 mars 2009, 87 % des jeunes femmes visées avaient reçu le vaccin.

Le VPH est la cause principale du cancer du col de l'utérus et se transmet par contact sexuel. Au Canada, chaque année, environ 1 350 femmes (dont 325 au Québec) sont atteintes par ce type de cancer, et 240 (dont 80 Québécoises) en meurent annuellement. De plus, il est important de prendre en compte l'aspect de la morbidité associée à l'infection par le VPH. Au Québec, environ 68 000 femmes par année devront se faire traiter par un spécialiste pour des anomalies et des lésions précancéreuses liées au VPH.

Vaccination de masse dans un contexte de préparation à la pandémie

En janvier 2008, la directrice de santé publique de l'Estrie a demandé à chaque directrice et directeur des centres de santé et de services sociaux (CSSS), mission CLSC, de tenir à l'automne 2008, dans le cadre de la vaccination saisonnière contre l'influenza, une clinique de vaccination de masse selon le modèle POD (Point of Distribution). Pour la tenue de cette activité, chaque établissement CSSS a reçu un montant de base de 4 000 \$, ainsi qu'un montant calculé au prorata de sa population ciblée.

Pour qui?

- personnes de 65 ans ou plus
- personnes souffrant de maladies chroniques
- personnel de tous les groupes (scolaires et d'adultes), incluant les bénévoles en garderie
- enfants âgés de 6 à 23 mois
- services essentiels

Qu et quand?

Centres de santé et de services sociaux (CSSS)

Centre de santé et de services sociaux (CSSS)	DATES	HEURES
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 9 h à 12 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 13 h à 16 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 17 h à 20 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 21 h à 24 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 25 h à 28 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 31 h à 34 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 37 h à 40 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 43 h à 46 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 49 h à 52 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 55 h à 58 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 61 h à 64 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 67 h à 70 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 73 h à 76 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 79 h à 82 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 85 h à 88 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 91 h à 94 h
Assistance sociale - Saint-Jovite - Centre de santé et de services sociaux - 100, rue Duval	du 17 au 19 novembre	du 97 h à 100 h

VOUS ÊTES SÉRIEUX À VOULOIR ÊTRE VACCINÉ? PORTÉZ UN VÊTEMENT À MANCHES LONGUES.



C'est donc dans ce contexte que le Service de la protection de la santé publique a soutenu les établissements dans la préparation de l'exercice. Ce dernier avait pour objectif de démontrer la capacité pour chaque CSSS de vacciner 40 personnes à l'heure par vaccinateur. Les exercices ont eu lieu entre le 1^{er} et le 9 novembre 2008. Un seul établissement a atteint l'objectif visé. Chaque exercice a fait l'objet d'une évaluation et le Service de la surveillance de la santé publique et de l'évaluation de l'Agence a remis un rapport à chaque CSSS.

Étude de la couverture vaccinale des enfants âgés de 0-2 ans

Une étude (Maryse Guay et al, 2009) sur les couvertures vaccinales des nourrissons en Estrie a démontré que celles-ci n'atteignent pas les cibles visées, et ce, pour tous les territoires de CSSS. La couverture vaccinale à 3 mois est de 83 %, et diminue jusqu'à 62 % à 24 mois. Le Programme national de santé publique (PNSP) vise une couverture vaccinale à 95 % pour ce groupe d'âge. L'étude a démontré que de multiples raisons peuvent expliquer l'écart entre la couverture vaccinale attendue et celle atteinte en Estrie. Un sous-comité de travail du comité directeur du programme Santé publique a été mis en place en 2008 et voici son mandat :

D'ici 2012, développer un plan d'action en vaccination pour les enfants âgés de 0 à 2 ans :

1. Formuler des avis sur les priorités d'action et d'intervention en fonction des recommandations de l'étude sur les couvertures vaccinales des nourrissons, réalisée par Maryse Guay et al.
2. Proposer un éventail d'actions en fonction des diverses cibles et à la lumière des stratégies reconnues efficaces et des connaissances scientifiques.
3. Développer des outils de soutien à l'implantation des actions et des interventions efficaces en vaccination.
4. Faire le bilan du plan d'action et de son impact sur les couvertures vaccinales et, s'il y a lieu, formuler des recommandations.

Par ailleurs, une activité de visionnement et de discussion a été organisée pour les vaccinateurs de l'Estrie lors de la sortie d'un documentaire intitulé *Silence on vaccine*. Du matériel de promotion de la vaccination a été développé et diffusé en suivi à cette activité.

4.3.1.4 Santé environnementale

Eau potable

Dans le cadre de l'application du Règlement sur la qualité de l'eau potable, la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) continue de suivre la qualité de l'eau potable distribuée par les différentes municipalités et les exploitants privés. Cela permet de s'assurer que la population soit bien protégée et de surveiller les excès de cas de maladie. La DSPE est d'ailleurs impliquée au niveau du comité permanent Eau, regroupant quelques directions de santé publique, de même que l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Au cours de la dernière année, la DSPE a également poursuivi ses efforts de sensibilisation auprès des propriétaires de puits, afin qu'ils s'assurent d'une bonne qualité de l'eau de leur puits, que ce soit au niveau microbiologique ou au niveau physico-chimique, comme le dépistage de l'arsenic dans l'eau.

La DSPE est également impliquée dans l'élaboration du plan de gestion concernant la prolifération de fleurs d'eau de cyanobactéries, avec d'autres directions de santé publique, l'INSPQ, ainsi que divers ministères, dont le MSSS. Des formations régionales ont été données en partenariat avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) au début de la saison 2008, à l'intention des municipalités, des opérateurs de stations de traitement d'eau potable, des exploitantes et des exploitants de plages, des associations de riverains et des organismes de bassins versants.

Finalement, la DSPE a été impliquée dans certains comités locaux de bassins versants, initiés par le Conseil de gouvernance de l'eau des bassins versants de la rivière Saint-François (COGESAF).

Contrôle de l'herbe à poux

Les coûts de santé associés à l'allergie au pollen de l'herbe à poux sont évalués à plus de 150 millions de dollars pour le Québec, selon le rapport *Portrait des coûts de santé associés à l'allergie au pollen de l'herbe à poux*, déposé en juin 2008.

De plus, près de 17,5 % des québécoises et des québécois âgés de 5 ans et plus seraient atteints d'allergie au pollen de l'herbe à poux et, plus particulièrement, les personnes âgées de 25 à 44 ans. D'ailleurs, près de 61 % des personnes atteintes ont une qualité de vie moindre.

Compte tenu de l'existence de mesures de contrôle efficaces pour l'herbe à poux, il y a lieu de favoriser leur mise en application, et ce, afin d'alléger les impacts de cette allergie sur la santé et la qualité de vie des personnes atteintes et du fardeau économique.

Dans ce cadre, des activités d'information et de formation à l'intention des intervenantes et des intervenants municipaux de la Ville de Sherbrooke ont eu lieu en juin 2008. De plus, des activités de sensibilisation à l'intention de la population ont été réalisées, et ce, durant la saison pollinique.

4.3.1.5 Santé au travail

Conformément à la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), dans le respect des priorités identifiées au cahier des charges de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et des objectifs du Programme national de santé publique (PNSP), des activités de prévention des maladies professionnelles ont été planifiées et réalisées auprès des entreprises de l'Estrie.

Le personnel professionnel de la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) a participé activement à des travaux provinciaux, notamment dans les dossiers structurants, tels que la planification stratégique pour le réseau de santé publique en santé au travail, le suivi du plan d'action sur les risques biologiques, et le bruit. Le Service de la santé au travail s'est aussi impliqué dans le soutien à l'organisation d'événements nationaux et régionaux, tels le Grand salon national sur la santé et la sécurité au travail et le Colloque régional faisant la promotion de l'innovation en matière de santé et de sécurité dans les entreprises de l'Estrie.

Système informatique en santé au travail

L'équipe régionale de santé au travail s'est approprié, en 2008, les fonctions de pilotage régional du nouveau Système informatique en santé au travail (SISAT). La rédaction et le soutien à la mise en application de procédures de saisie des interventions ont été réalisés, afin de soutenir la qualité des données dans le processus de reddition de comptes. Une démarche ayant pour objectif d'harmoniser et de soutenir la qualité des programmes de santé spécifiques à l'établissement a été mise en place en 2007 et se poursuivra en collaboration avec l'équipe du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Haut-Saint-François, en 2009.

4.3.1.6 Développement, adaptation et intégration sociale

Programmes préventifs s'adressant aux tout-petits et aux familles

Les activités suivantes ont été réalisées pour les programmes préventifs s'adressant aux tout-petits et aux familles:

- La production et la diffusion du bilan annuel du Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité (aussi appelé Programme intégré 0-5 ans). Le bilan indique que :
 - o 569 femmes enceintes, 1 003 enfants de 0 à 5 ans et leur famille ont reçu des services des établissements impliqués dans ce programme, c'est-à-dire les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et la Villa Marie-Claire;
 - o la clientèle rejointe représente 100 % de celle qui est ciblée;
 - o les familles bénéficient d'interventions à domicile sur une base régulière;
 - o les enfants fréquentent un milieu de garde dans 40 % des cas;
 - o les organismes communautaires famille offrent divers services et activités à la clientèle du programme dans l'ensemble des territoires de l'Estrie;
 - o la concertation clinique et intersectorielle se poursuit.
- L'organisation de formations destinées au personnel du Programme intégré 0-5 ans, telles que :
 - o la formation « Troubles de la personnalité : Introduction à l'intervention », qui a rejoint 77 intervenantes et intervenants des équipes locales 0-5 ans;
 - o une supervision qui fait suite à la formation sur l'attachement parents-enfant. Cette activité a été offerte à chacune des équipes locales 0-5 ans, et elle a rejoint 78 intervenantes et intervenants;
 - o trois activités de formation offertes au nouveau personnel du Programme intégré 0-5 ans dans les établissements de la région, soit l'utilisation de l'outil *Brigance* (outil d'évaluation du développement de l'enfant), l'attachement parents-enfant et la sécurité à domicile des tout-petits.
- La participation aux travaux provinciaux relatifs aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, notamment sur les outils d'évaluation du développement de l'enfant.

Allaitement maternel et la périnatalité

Concernant l'allaitement maternel et la périnatalité, les activités suivantes ont été réalisées :

- La présentation personnalisée des résultats de la mesure du niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés, auprès des intervenantes et des intervenants, et des gestionnaires concernés du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et des sept CSSS de l'Estrie.
- La production d'un outil sur les états neurologiques et les compétences du nouveau-né pour les infirmières et les infirmiers de la maternité du CHUS.
- La conception de modules de formation spécifiques aux infirmières et aux infirmiers de la maternité et de la néonatalogie du CHUS, dans le cadre du Programme régional de formation en allaitement maternel et de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés.
- L'organisation et la diffusion de la formation sur les modules 1 à 6 du Programme régional de formation en allaitement maternel, à l'intention du nouveau personnel des centres de santé et de services sociaux, qui a à informer et à conseiller les parents en matière d'allaitement.

- La conception et la diffusion du module 7 « Les difficultés d'allaitement et les situations particulières en allaitement » du Programme régional de formation en allaitement maternel, à l'intention des médecins, des sages-femmes, et des infirmières et infirmiers qui donnent des soins aux mères allaitantes et à leur nouveau-né.
- La participation à l'organisation d'une journée de formation sur l'allaitement, au CHUS, à l'intention des résidentes et résidents, des médecins, et des infirmières et infirmiers.
- L'organisation d'activités de promotion de l'allaitement maternel, en collaboration avec les répondantes locales en allaitement, lors de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel.
- La mise à jour et la production du bottin régional des ressources en allaitement maternel.
- L'organisation de la distribution régionale du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*.
- La participation aux travaux provinciaux concernant la mise en œuvre de la Politique de périnatalité.

Éveil à la lecture et à l'écriture

En collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) a participé au comité régional de suivi du programme d'éveil à la lecture et à l'écriture, afin de consolider ou de soutenir certains comités locaux dans la réalisation de leurs activités. De plus, des livres ont été achetés et distribués aux enfants du programme intégré 0-5 ans, afin de soutenir les interventions lors des visites à domicile.

Programme Y'a personne de parfait

Le programme *Y'a personne de parfait* (Y'APP) propose du soutien, sous forme de groupe, aux parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans. Une formation a été organisée et du matériel a été acheté par la DSPE, afin de soutenir la réalisation de ce programme. Cette année, le programme a permis de rejoindre 52 parents.

Programme Fluppy s'adressant aux enfants de la maternelle et à leur famille

Par la production du dernier bilan annuel, le suivi de l'implantation du programme Fluppy démontre qu'en 2007-2008 :

- 55 écoles primaires, dont 88 classes de maternelle, principalement localisées dans des milieux présentant des indices de défavorisation élevés, ont déployé le programme Fluppy;
- plus de 1 451 enfants ont participé aux ateliers du programme Fluppy et près de 158 familles ont bénéficié en moyenne de 9,8 visites à domicile;
- plus de 1 207 ateliers ont été présentés dans les classes de maternelle de la région;
- quatre activités de formation sur le programme Fluppy ont été offertes à plus de 30 personnes provenant des CSSS et du milieu scolaire. Une activité de sensibilisation a été offerte aux intervenantes et aux intervenants partenaires de l'organisme Québec en forme. Également, plus de 30 intervenantes et intervenants des CSSS ont participé à quatre activités de supervision clinique dans le cadre de ce programme.



Approche École en santé

Le réseau de répondantes et de répondants locaux des CSSS ainsi que des commissions scolaires a affiché une stabilité qui permet de progresser dans la compréhension et l'implantation de l'approche. Au 31 mars 2009, 29 écoles ont engagé le processus de mise en œuvre de l'approche *École en santé* (25 écoles primaires et 4 écoles secondaires), ce qui représente 8 545 élèves concernés.

Les activités de formation liées à *École en santé* ont été préparées en fonction des besoins exprimés par les répondantes et les répondants locaux, en regard de l'accompagnement des milieux. Par ailleurs, les deux répondantes régionales, soit la DSPE et la Direction régionale du MELS offrent, de façon statutaire au printemps, une journée d'atelier régional d'appropriation sur *École en santé*. En mars 2009, 50 participantes et participants ont suivi cet atelier. Les deux réseaux concernés étaient représentés de façon équilibrée, les CSSS étant représentés par divers intervenantes et intervenants des équipes jeunesse, et le milieu scolaire, par des directions d'écoles et des membres du corps enseignant.

Un événement déterminant a eu lieu le 7 janvier 2009, sous l'égide d'*École en santé* : une journée de réflexion pour les gestionnaires sur les arrimages requis entre toutes les approches et les mesures implantées en milieu scolaire. Cette activité a réuni les responsables de l'approche *École en santé*, de la stratégie d'intervention *Agir autrement*, de l'organisme Québec en forme, du Plan d'action sur la violence en milieu scolaire, de l'organisme Virage Santé, de l'Association du sport étudiant, ainsi que du Conseil Sport Loisir de l'Estrie. Une table régionale sur les arrimages a été créée. Cette table a vu son mandat et ses modalités de fonctionnement entérinés par le comité exécutif des ententes entre le MELS et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La démarche est unique au Québec et suscite l'intérêt du MSSS et des autres régions, car les questions relatives à l'arrimage entre ces mesures sont présentes partout.

Dans l'équipe de la DSPE, l'utilisation de l'approche *École en santé* comme véhicule pour l'implantation des meilleures pratiques préventives en milieu scolaire, amène le personnel professionnel responsable de divers dossiers, en particulier le dossier des saines habitudes de vie, à collaborer plus étroitement, et ce, au bénéfice de la cohérence et de la continuité des interventions avec nos partenaires.

Prévention du tabagisme chez les jeunes

Une nouvelle ère pour la prévention du tabagisme s'est amorcée cette année par l'intégration de ce volet dans le Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION et l'approche *École en santé*. Par ailleurs, les CSSS ont reçu la responsabilité de continuer l'implantation du projet *Gang Allumée* financé par le MSSS. Le projet *De Facto* s'est poursuivi en Estrie avec, comme fait saillant, un concours de capsules radio d'engagement social pour favoriser le non-usage du tabac. Cette activité a interpellé des élèves de 20 écoles secondaires. Cette année a aussi marqué la participation de l'Estrie à la conception du Plan québécois en prévention du tabagisme qui devrait être disponible d'ici la fin de l'année 2009.

Prévention du suicide

Le fait marquant de l'année a été la poursuite de la collaboration de la DSPE à la mise en place du projet intersectoriel de *Regroupement d'organismes engagés pour la prévention du suicide chez les hommes de Sherbrooke* de l'organisme JEV Centre de prévention du suicide - Estrie. Ce projet, réalisé en collaboration avec la Table de concertation jeunesse de Sherbrooke et les organismes régionaux qui œuvrent auprès des hommes et de leur vulnérabilité, a été évalué en 2008-2009 par l'équipe de recherche du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

Il en a résulté un forum estrien qui a permis l'appropriation des résultats à la suite de l'évaluation de ce projet. La suite de ce forum amènera, en 2009-2010, l'animation du réseau de près de 50 partenaires intersectoriels, autour des passages de vie qui précipitent les hommes vulnérables dans un risque accru de suicide (rupture amoureuse, perte d'emploi, retraite, etc.).

Dans le cadre de la stratégie d'action jeunesse 2006-2009, une allocation financière non récurrente a été accordée à la région de l'Estrie, afin de déployer des réseaux de sentinelles en prévention du suicide auprès des jeunes de 15 à 29 ans. L'organisme JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie a travaillé en concertation avec la DSPE, les CSSS et le milieu scolaire pour planifier la mise en place de réseaux de sentinelles.

Prévention de la toxicomanie et l'intervention précoce

La préoccupation de l'alcool par les femmes enceintes a fait l'objet de travaux pour aboutir à la production et à la diffusion, auprès de la population et des professionnelles et professionnels de la santé, d'un dépliant portant sur la grossesse et l'alcool : « Pendant la grossesse : risque 0 = Zéro alcool ».

Des intervenantes et des intervenants de chaque territoire de CSSS ont été formés sur *Alcochoix+*, programme d'intervention sur le boire contrôlé pour les personnes dépassant les normes jugées sécuritaires de consommation d'alcool. Les services ont commencé à se déployer dans les MRC.

Les formations sur les outils de détection (DÉBA-Adultes et DEP-ADO) et celles sur la motivation au changement se sont poursuivies, et ont rejoint une centaine de professionnelles et professionnels. Ce sont principalement des intervenantes et des intervenants de CSSS qui s'y inscrivent. Par ailleurs, une équipe de formatrices et de formateurs régionaux sur l'intervention en première ligne Dépendances a été mise sur pied et formée. Les formatrices et les formateurs sont issus des CSSS et du Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges. Le programme devrait être déployé en 2009-2010 et s'adresser à tous les CSSS.

Jeu pathologique

Une campagne régionale de sensibilisation sur les risques associés à la pratique des jeux de hasard et d'argent a débuté lors de la Semaine de prévention, et s'est poursuivie jusqu'en janvier 2009. Conformément à un plan de communication préparé à cet effet, un slogan a été créé : « Vous connaissez le jeu... quelques gagnants, des millions de perdants ». Il a été diffusé dans les médias régionaux et affiché à travers la ville de Sherbrooke et ses environs (abribus, affiches *Pattison*, bars, etc.). Des articles ont été produits dans les médias et des entrevues radiophoniques ont été réalisées.



Une trousse d'intervention a été produite pour les intervenantes et les intervenants de CSSS en première ligne (quinze fiches techniques sur le jeu pathologique) et sera distribuée avant l'été 2009. Un dépliant s'adressant à la population générale accompagne ce matériel.

Ordonnance collective de contraception hormonale

Cette mesure, diffusée en janvier 2007, vise à faciliter l'accès à la contraception hormonale aux femmes afin de diminuer les grossesses non planifiées. Le MSSS a mandaté les directions de santé publique pour assurer la diffusion et la mobilisation, et favoriser l'adoption de ce modèle dans les différents milieux ciblés, entre autres, les CSSS, les groupes de médecine familiale (GMF) et le CHUS. À la suite d'un suivi régional réalisé à l'automne 2008, quatre CSSS ainsi que les GMF de leur territoire ont signé leur ordonnance collective de contraception hormonale. Pour les autres milieux, les travaux sont en cours. Quant à la formation régionale des infirmières et des infirmiers, au 31 mars 2009, 121 infirmières et infirmiers avaient reçu la formation les rendant habilités à initier une contraception hormonale. De plus, à la suite d'une suggestion du médecin impliqué dans ce dossier, l'Association des médecins et omnipraticiens de l'Estrie a organisé la formation *Mise à jour en contraception et ordonnance collective de contraception hormonale* pour ses membres.

Santé sexuelle des jeunes

La DSPE a mandaté un médecin expert afin d'élaborer des orientations régionales en matière de santé sexuelle des jeunes. Pour ce faire, une collecte de données a été réalisée à l'automne 2008 auprès des établissements et des organismes concernés. Celle-ci a permis de dégager des constats, d'identifier les écarts à combler et les besoins du milieu en regard de ce dossier. L'élaboration de ces orientations se fait en collaboration avec le Service de la protection de la santé publique, notamment, en regard de la prévention des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes.

4.3.2 Orientation 16 : Utiliser des méthodes et des stratégies efficaces pour agir dans les différents domaines de la santé publique

4.3.2.1 Action intersectorielle

La promotion de la santé et la prévention de nombreux problèmes requièrent l'engagement et la participation des acteurs de plusieurs secteurs d'activité.

L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être emprunte les diverses formes d'interventions publiques qui ont cours dans tous les secteurs d'activité et à tous les niveaux (lois et règlements, tables de concertation, actions concertées, etc.). Ces interventions visent l'action sur les déterminants de la santé qui sont modifiables, à savoir les comportements des personnes, les pratiques des intervenantes et des intervenants, les décisions des dirigeantes et des dirigeants, ainsi que les milieux de vie et les conditions de vie de la population.

L'action intersectorielle est l'une des stratégies transversales reconnues dans la mise à jour du Programme national de santé publique (PNSP) 2008-2012.

En Estrie, l'action intersectorielle est une stratégie où le secteur de la santé est en leadership ou est un partenaire participant.

Voici des exemples où la santé est en leadership ou en coleadership :

- Le Comité régional estrien pour la promotion des saines habitudes de vie qui vise la coordination des actions du Plan d'action gouvernemental sur les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids;

- L'approche *École en Santé*;
- Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).

Voici des exemples où la santé est un partenaire participant :

- Le Portrait des saines habitudes de vie des jeunes sherbrookoises de 4 à 17 ans;
- Les comités provinciaux visant à contrer la rage du raton laveur;
- Le projet *Rés♂* pour la prévention du suicide chez les hommes.

4.3.2.2 Pratiques cliniques préventives

En 2008-2009, la démarche analytique a été entreprise pour arriver à élaborer une offre de service des pratiques cliniques préventives (PCP) annuelles. Cette démarche se poursuivra au cours de la prochaine année dans la mesure des ressources disponibles.

Jusqu'à maintenant, les actions ont porté sur l'intégration des PCP sur les saines habitudes de vie de type counselling 0-5-30, la prévention des chutes chez les aînés et la prise d'acide folique.

L'intégration des PCP dans la pratique courante des professionnelles et des professionnels de la santé demeure un défi, malgré le fait que c'est l'une des stratégies transversales retenues dans la révision du Programme national de santé publique (PNSP) 2008-2012.

4.3.2.3 Soutien au développement des communautés

Durant l'année 2008-2009, la mise en place de l'équipe pour le développement des communautés au Service de prévention-promotion de la santé publique, dans une perspective d'appropriation des principes et des enjeux en développement des communautés dans les divers dossiers de l'équipe, s'est poursuivie. La Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) a été un partenaire très actif auprès de l'Observatoire estrien en développement des communautés, par l'animation des travaux du comité d'avancement des pratiques, la participation au comité de coordination et pour un projet concernant des indicateurs en développement des communautés pour la région.

Dans ce projet, cette année a été marquée par la délimitation de 66 communautés locales, par le choix d'indicateurs pertinents et par l'élaboration d'un prototype de tableau de bord. D'autres travaux ont été initiés au cours de la dernière année en prévision des mois futurs, tout en ayant en tête de mobiliser le plus grand nombre d'acteurs à travers une démarche participative omniprésente.

4.3.3 Orientation 17 : Assurer la protection de la santé publique par une vigie sanitaire et par l'application des lignes directrices lors de signalements, d'éclosions, ou de déclarations de maladies ou d'intoxications à déclaration obligatoire

4.3.3.1 Maladies infectieuses

Écllosion de salmonellose de sérotype D

Dans un contexte d'éclosions de listériose au Québec, la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) de l'Estrie a constaté, en août 2008, un excès de cas de salmonellose de sérotype D et a rapidement enquêté les cas et initié une investigation d'écllosion. Cette écllosion régionale a rapidement touché d'autres régions du Québec, notamment Chaudières-Appalaches, Mauricie et Centre-du-Québec, et est donc devenue une écllosion suprarégionale. La région de l'Estrie fut la plus touchée avec 54 cas confirmés sur 142 au Québec.

L'hypothèse d'une source alimentaire commune a été émise et une étude cas-témoin est venue la confirmer. La coordination de l'enquête provinciale, incluant l'étude cas-témoin, fut assumée par la DSPE.

La coordination et la gestion de cette éclosion suprarégionale ont nécessité la mobilisation de plusieurs ressources des différents services de la santé publique, et a fait l'objet d'un « débriefing ».

Gestion des produits immunisants

Le dépôt régional de produits immunisants situé dans les locaux de l'Agence a été l'objet de deux défauts techniques secondaires à des pannes de courant. Ces défauts techniques ont engendré des pertes de vaccins. Depuis, des améliorations ont été apportées, notamment en ce qui concerne les alarmes de sécurité et l'élaboration d'une entente avec la pharmacie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) pour l'entreposage des produits immunisants advenant un bris majeur de longue durée.

Actions de contrôle de la rage du raton laveur

Le ministère des Ressources naturelles et de la Faune (MRNF), le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se sont associés pour lutter contre la rage du raton laveur qui est présente aux États-Unis et entrée en Montérégie. Dans la région de l'Estrie, aucun animal positif pour la rage du raton n'a été identifié cette année.

La région de l'Estrie a fait l'objet d'opérations, notamment l'épandage d'appâts vaccinaux (vaccin ONRAB) par des équipes au sol sur la rive ouest du lac Memphrémagog, et par voie aérienne au moyen d'avions le long de la frontière américaine, ainsi qu'une étude sur la couverture vaccinale un peu plus tard à l'automne, dans la MRC de Coaticook. Les citoyens sont invités à signaler les animaux suspects à Services Québec.

4.3.3.2 Santé environnementale

Radon dans les édifices publics

À la suite de la découverte d'une concentration élevée de radon (un gaz cancérigène) dans une école primaire, en février 2007, des mesures ont été prises pendant toute l'année scolaire 2007-2008 afin de documenter les niveaux d'exposition des occupantes et des occupants sur une année complète. Cette caractérisation ayant confirmé des niveaux plus élevés que la ligne directrice canadienne, la commission scolaire concernée a procédé pendant l'automne 2008, à des travaux de correction dont l'efficacité sera évaluée sous peu. De son côté, la municipalité a invité les parents des élèves à prendre des mesures du radon à la maison. Dès le printemps 2009, une dizaine de résultats devraient donc être disponibles pour évaluer l'étendue et l'ampleur du problème sur une base municipale.

4.3.3.3 Santé au travail

Maladies à déclaration obligatoire

Le nombre de maladies à déclaration obligatoire (MADO) qui nous sont signalées est en hausse depuis que le Directeur national de santé publique (DNSP) a rappelé le devoir de signalement au comité des pneumologues, qui reconnaît pour fin d'indemnisation les maladies pulmonaires professionnelles. L'équipe de santé au travail en a traité 76 en 2008, comparativement à 46 en 2007.

Programmes régionaux et provinciaux

Des programmes d'intervention concertés, soit au plan provincial ou régional, ont été mis en œuvre dans les secteurs ciblés. Parmi ces programmes, on dénote les principales activités suivantes :

- L'intervention sur les risques biologiques a visé les travailleurs des centres de tri-compostage et des camions de pompage en 2008.
- Les municipalités de la région ont bénéficié d'une formation sur les procédures de travail sécuritaire en espace clos, organisée par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) et dispensée par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail dans le secteur des affaires municipales (APSAM), en collaboration avec les intervenantes et les intervenants du réseau de la santé.
- En 2008, des activités de caractérisation des sites d'entreposage des entreprises du secteur de caoutchouc étaient prévues pour déterminer le niveau de nitrosamines émises par le caoutchouc refroidi, mais n'ont pu être complétées. Une demande de soutien à la recherche a été formulée à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), afin de mieux documenter ce risque. Un rapport de recherche sur l'analyse de ce risque permettra de préciser, en 2009, le niveau d'intervention souhaité pour mieux protéger les travailleurs exposés à cet agresseur. L'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail est aussi associé à la recherche de solutions pour cette problématique.
- Les programmes d'intervention régionale sur l'exposition à la silice des travailleurs de la transformation du granit, ainsi qu'aux fumées visibles dans les entreprises du secteur caoutchouc, se sont poursuivis en 2008.

5. Organismes communautaires

5.1 Contrôle de la conformité

Les cadres et les critères de financement des organismes communautaires, ainsi que les engagements du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont été appliqués et respectés.

Conformément à l'article 338 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), l'Agence a obtenu les informations suivantes concernant les organismes communautaires ayant reçu un soutien financier pour l'année financière 2008-2009 :

- Le rapport financier du dernier exercice financier complété (au 31 mars ou antérieurement), signé par deux administrateurs et présenté à l'assemblée générale annuelle de l'organisme;
- Le rapport d'activités du dernier exercice financier complété (au 31 mars ou antérieurement), présenté à l'assemblée générale annuelle de l'organisme;
- Une preuve de la tenue d'une séance publique d'information;
- Une preuve de la tenue d'une assemblée générale annuelle des membres;
- Les relevés statistiques appropriés lorsque requis.

De plus, au printemps 2008, le MSSS a diffusé un document sur la reddition de comptes dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). L'année a aussi été marquée par le rapport du Vérificateur général sur la gestion du PSOC. L'Agence ajuste ses façons de faire pour tenir compte de ces documents. Les organismes communautaires qui avaient un surplus accumulé dépassant 25 % de leurs dépenses annuelles ont transmis à l'Agence, par résolution de leur conseil d'administration, l'utilisation prévue de ces sommes.

5.2 Organismes communautaires et leurs secteurs d'activités

Conformément aux orientations régionales, 124 organismes communautaires ont reçu un soutien financier dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), soit en soutien à la mission globale, en entente pour des activités spécifiques ou en projet ponctuel. Ces organismes œuvrent auprès de plusieurs clientèles différentes qu'ils rejoignent par le biais de leurs activités et leurs services, pour répondre à des besoins identifiés et reconnus par la communauté.

Les faits marquants de l'année 2008-2009 sont :

- la poursuite des travaux pour le renouvellement du Cadre régional de reconnaissance et de financement des organismes communautaires;
- l'allocation de 1,4 % d'indexation appliquée au financement des organismes;
- l'allocation aux organismes de 14 % (496 746 \$ annualisé à 867 772 \$) des budgets de développement pour les services dans le milieu;
- l'allocation de 71 198 \$ à 18 maisons de jeunes de l'Estrie, dans le cadre du volet « Consolidation des maisons de jeunes » de la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009.

6. Données financières

6.1 Rapport de la direction



Sherbrooke, le 10 juin 2009

Les états financiers condensés de l'Agence ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477, de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires, conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière, et il a approuvé les états financiers condensés. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. La firme peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

D^r Michel Baron
Président-directeur général

M^{me} France Simoneau
Directrice des ressources financières,
informationnelles et matérielles

6.2 États financiers de l'Agence

Rapport du vérificateur

Exercice terminé le 31 mars 2009

Rapport des vérificateurs

*Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie*

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie de l'exercice terminé le 31 mars 2009, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en conformité avec l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'Agence. Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et sur les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que le rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans le rapport financier annuel. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble du rapport financier annuel.

À notre avis,

- l'Agence s'est conformée aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses, ou son volume de services ou d'activités ;
- l'Agence s'est conformée aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel ;
- les pratiques comptables de l'Agence sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ;
- les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'Agence, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport financier annuel, sont valables ;
- l'Agence s'est conformée aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ;
- Le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'Agence au 31 mars 2009 ainsi que de ses revenus et dépenses, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date, selon les règles comptables décrites dans la note 4.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi, et qui n'avait pas à être établi, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'Agence ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec afin de satisfaire à l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le rapport financier annuel n'est pas destiné à être utilisé, et ne doit pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles il a été établi.

Les comptes de l'exercice terminé le 31 mars 2008 présentés aux fins de comparaison proviennent d'états financiers vérifiés par d'autres vérificateurs.

Raymond Chabot Grant Thornton S. d. v. e. R. L.

Sherbrooke, le 3 juin 2009

¹ Comptable agréé auditeur permis no 8900

6.2.1 États des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

Résultats du fonds d'exploitation – activités principales	2008-2009	2007-2008
Revenus		
Subventions du Ministère	7 212 944 \$	6 903 493 \$
Autres revenus	282 210	472 284
Total des revenus	7 495 154 \$	7 375 777 \$
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	5 767 860 \$	5 265 658 \$
Autres dépenses	1 941 734	1 722 043
Total des dépenses	7 709 594 \$	6 987 701 \$
Excédent (déficit)	(214 440)\$	388 076 \$
Contributions de l'avoir-propre	242 400	
Contributions de fonds affectés	11 454	
Affectations au fonds d'immobilisations	(156 291)	(302 575)
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	(116 877)\$	85 501 \$

Résultats du fonds d'exploitation – activités accessoires	2008-2009	2007-2008
Revenus		
Subventions du Ministère	106 071 \$	120 000 \$
Autres revenus	434	709
Total des revenus	106 505 \$	120 709 \$
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	67 209 \$	81 203 \$
Autres dépenses	43 222	13 860
Total des dépenses	110 431 \$	95 063 \$
Excédent (Déficit)	(3 926)\$	25 646 \$

Résultats du fonds des activités régionalisées	2008-2009	2007-2008
Revenus		
Contributions des établissements	3 340 267 \$	2 941 689 \$
Autres revenus	4 974 780	3 411 041
Total des revenus	8 315 047 \$	6 352 730 \$
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	3 425 706 \$	2 784 426 \$
Autres dépenses	4 330 058	3 111 659
Total des dépenses	7 755 764 \$	5 896 085 \$
Excédent	559 283 \$	456 645 \$
Affectations au fonds d'immobilisations	(627 540)	(324 443)
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	(68 257)\$	132 202 \$

Résultats du fonds d'immobilisations	2008-2009	2007-2008
Revenus		
Subventions du Ministère	311 765 \$	
Total des revenus	311 765 \$	
Dépenses		
Frais d'intérêts	167 025 \$	
Amortissements	1 987 589	
Autres charges	108 953	
Total des dépenses	2 263 567 \$	
Excédent (déficit)	(1 951 802)\$	
Contributions du fonds d'exploitation – activités principales	156 291	
Contributions du fonds des activités régionalisées	627 540	
Contributions de fonds affectés	1 167 971	
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	0 \$	

Résultats des fonds affectés	Immobilisations de la région	Équipements de la région	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Autres fonds affectés	Total 2008-2009
Revenus						
Subventions du Ministère	107 643 \$	10 155 \$	12 965 621 \$	180 880 \$	38 860 914 \$	52 125 213 \$
Revenus d'intérêts	640	1 400	21 197	11 191	76 045	110 473
Autres			4 099 065	18 821	109 672	4 227 558
Total des revenus	108 283 \$	11 555 \$	17 085 883 \$	210 892 \$	39 046 631 \$	56 463 244 \$
Dépenses						
Attributions et intérêts sur emprunts	3 376 030 \$			254 100 \$	52 093 \$	3 682 223 \$
Contrats à budget			14 493 720			14 493 720
RTSS – Facturation provinciale					30 080 183	30 080 183
Autres dépenses			2 283 703	69 043	9 726 829	12 079 575
Total des dépenses	3 376 030 \$	0 \$	16 777 423 \$	323 143 \$	39 859 105 \$	60 335 701 \$
Excédent (déficit)	(3 267 747)\$	11 555 \$	308 460 \$	(112 251)\$	(812 474)\$	(3 872 457)\$

Résultats des fonds affectés	Immobilisations de la région	Équipements de la région	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Autres fonds affectés	Total 2007-2008
Revenus						
Subventions du ministère	25 018 324 \$	16 322 731 \$	11 937 286 \$	103 192 \$	31 446 701 \$	84 828 234 \$
Revenus d'intérêts	242	822	48 675	19 707	122 664	192 110
Autres			3 964 218	19 594	328 992	4 312 804
Total des revenus	25 018 566 \$	16 323 553 \$	15 950 179 \$	142 493 \$	31 898 357 \$	89 333 148 \$
Dépenses						
Attributions et intérêts sur emprunts	13 974 048 \$	15 629 513 \$		98 999 \$	34 616 \$	29 737 176 \$
Contrats à budget			13 833 589			13 833 589
RTSS – Facturation provinciale					23 676 357	23 676 357
Autres	825 000		2 203 030	48 892	7 018 171	10 095 093
Total des dépenses	14 799 048 \$	15 629 513 \$	16 036 619 \$	147 891 \$	30 729 144 \$	77 342 215 \$
Excédent (déficit)	10 219 518 \$	694 040 \$	(86 440)\$	(5 398)\$	1 169 213 \$	11 990 933 \$

6.2.2 États des soldes des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

Fonds d'exploitation	2008-2009		2007-2008	
	Activités principales	Avoir propre	Activités principales	Avoir propre
Solde créditeur - au début	126 791 \$	527 720 \$	174 615 \$	786 074 \$
Additions (déductions)				
Excédent des produits sur les charges d'opération et les dépenses d'immobilisations	(214 440)\$	(3 926)\$	85 501 \$	25 646 \$
Transferts interfonds :				
– En provenance de l'avoir propre	242 400			
– En provenance de fonds affectés	11 454			
– Affectés au fonds d'immobilisations	(156 291)			
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	(116 877)\$	(3 926)\$		
Transfert du déficit à l'avoir propre	116 877	(116 877)		
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	0 \$	(120 803)\$	85 501 \$	25 646 \$
Autres transferts interfonds		(20 000)		
Régularisations – analyse financière	(126 791)	126 791	(133 325)	136 100
Régularisations - autres		(222 400)		(420 100)
Variations de l'exercice	(126 791)\$	(236 412)\$	(47 824)\$	(258 354)\$
Réforme comptable – redressements au 1 ^{er} avril 2008 confirmés par le MSSS				
– Autres charges salariales à payer		(79 264)\$		
Solde créditeur - à la fin	0 \$	212 044 \$	126 791 \$	527 720 \$

Fonds des activités régionalisées	2008-2009	2007-2008
Solde créditeur - au début	1 056 584 \$	924 934 \$
Additions (déductions)		
Excédent (déficit) de l'exercice	559 283 \$	456 645 \$
Transferts interfonds :		
– Affectés au fonds d'immobilisations	(627 540)	(324 443)
Autres additions (déductions)	(2 654)	(193)
Régularisations - analyse financière		(359)
Variations de l'exercice	(70 911)\$	131 650 \$
Réforme comptable – redressements au 1 ^{er} avril 2008 déterminés par l'Agence		
– Autres charges salariales	(24 620)	
Solde créditeur (débiteur) à la fin	961 053 \$	1 056 584 \$

Fonds d'immobilisations	2008-2009	2007-2008
Solde créditeur - au début	3 586 294 \$	2 903 928 \$
Additions (déductions)		
Excédent (déficit) de l'exercice	(1 951 802)\$	
Transferts interfonds :		
– En provenance du fonds d'exploitation	156 291	302 575 \$
– En provenance des activités régionalisées	627 540	324 443
– En provenance de fonds affectés	1 167 971	55 348
Variations de l'exercice	0 \$	682 366 \$
Réforme comptable – redressements au 1 ^{er} avril 2008 confirmés par le MSSS		
– Amortissement cumulés des immobilisations	(5 241 416)\$	
– Écart de financement – immobilisations	1 164 716	
Réforme comptable – redressements au 1 ^{er} avril 2008 déterminés par l'Agence		
– Fonds affectés immobilisations et équipements	490 406	
Solde créditeur (débiteur) à la fin	0 \$	3 586 294 \$

Fonds affectés	Immobilisations de la région	Équipements de la région	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Autres fonds affectés	Total 2008-2009
Solde créditeur - au début	20 843 853 \$	1 263 647 \$	93 096 \$	371 580 \$	2 152 872 \$	24 725 048 \$
Additions (déductions)						
Excédent (déficit) de l'exercice	(3 267 747)\$	11 555 \$	308 460 \$	(112 251)\$	(812 474)\$	(3 872 457)\$
Transferts interfonds :						
– Affectés au fonds d'exploitation					(11 454)	(11 454)
– Affectés au fonds d'immobilisations	(1 066 892)		(101 079)			(1 167 971)
Autres additions (déductions)	4 334 639	(11 555)			(13 806)	4 309 278
Variation de l'exercice	0 \$	0 \$	207 381 \$	(112 251)\$	(837 734)\$	(742 604)\$
Réforme comptable – redressements au 1 ^{er} avril 2008 confirmés par le MSSS	(88 894 429)\$	(1 245 834)\$				(90 140 263)\$
Réforme comptable – redressements au 1 ^{er} avril 2008 déterminés par l'Agence						
– Autres charges salariales					(1 631)\$	(1 631)
– Écart de financement – enveloppes décentralisées	68 050 576	(17 813)				68 032 763
Solde créditeur (débiteur) à la fin	0 \$	0 \$	300 477 \$	259 329 \$	1 313 507 \$	1 873 313 \$

Fonds affectés	Immobilisations de la région	Équipements de la région	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Autres fonds affectés	Total 2007-2008
Solde créditeur - au début	10 624 335 \$	569 607 \$	221 869 \$	376 978 \$	991 172 \$	12 783 961 \$
Ajustements			49		5 453	5 502
Solde créditeur - au début	10 624 335 \$	569 607 \$	221 918 \$	376 978 \$	996 625 \$	12 789 463 \$
Additions (déductions)						
Excédent (déficit) de l'exercice	10 219 518 \$	694 040 \$	(86 440) \$	(5 398)\$	1 169 213 \$	11 990 933 \$
Transferts interfonds :						
– Affectés au fonds d'immobilisations			(42 382)		(12 966)	(55 348)
Autres additions (déductions)						
Variation de l'exercice	10 219 518 \$	694 040 \$	(128 822)\$	(5 398) \$	1 156 247 \$	11 935 585 \$
Solde créditeur (débiteur) à la fin	20 843 853 \$	1 263 647 \$	93 096 \$	371 580 \$	2 152 872 \$	24 725 048 \$

6.2.3 Bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2009

Bilans	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées		Fonds d'immobilisations	
	2008-2009	2007-2008	2008-2009	2007-2008	2008-2009	2007-2008
Actif						
Encaisse	1 292 799 \$	1 246 027 \$	1 080 038 \$	772 211 \$		
Débiteurs	77 247	236 590	1 443 727	1 064 022		
Autres éléments	68 997	47 146	135 556	89 236		
Immobilisations					4 169 022 \$	3 989 757 \$
Subvention à recevoir – réforme comptable	604 874		269 596		1 307 966	
Total de l'actif	2 043 917 \$	1 529 763 \$	2 928 917 \$	1 925 469 \$	5 476 988 \$	3 989 757 \$
Passif						
Découvert de banque	---	---	569 262 \$	47 557 \$		
Fraction à moins d'un an de la dette à long terme					134 246 \$	139 333 \$
Créditeurs et charges à payer	1 160 535	875 252	1 079 073	821 328		
Provision pour vacances, congés de maladies, fériés	671 338		319 529			
Intérêts courus à payer					32 550	
Avance de fonds – enveloppes décentralisées					1 734 483	
Dette à long terme					165 520	264 130
Financement temporaire CHQ – enveloppes décentralisées					3 410 189	
Total du passif	1 831 873 \$	875 252 \$	1 967 864 \$	868 885 \$	5 476 988 \$	403 463 \$
Solde de fonds	212 044 \$	654 511 \$	961 053 \$	1 056 584 \$	0 \$	3 586 294 \$
Total du passif et du solde du fonds	2 043 917 \$	1 529 763 \$	2 928 917 \$	1 925 469 \$	5 476 988 \$	3 989 757 \$

6.2.4 Bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2009

Bilan combiné	Fonds affectés	
	2008-2009	2007-2008
Actif		
À court terme		
Encaisse	3 831 917 \$	2 771 074 \$
Avances de fonds aux établissements publics	18 486 410	
Avances de fonds au fonds d'immobilisations	1 734 483	
Débiteurs	1 919 946	56 724 348
Autres éléments	3 877	19 429
Total - Actif à court terme	25 976 633 \$	59 514 851 \$
À long terme		
Subvention à recevoir – provision vacances, congés maladies, fériés	15 198 \$	
Subvention à recevoir – enveloppes décentralisées	59 644 518	67 983 057 \$
Total - Actif à long terme	59 659 716 \$	67 983 057 \$
Total de l'actif	85 636 349 \$	127 497 908 \$
Passif		
À court terme		
Découvert et emprunts de banque	20 287 884 \$	14 565 108 \$
Intérêts courus à payer	470 062	183 809
Créditeurs et charges à payer	3 294 483	20 040 886
Provision pour vacances, congés de maladies, fériés	18 427	
Autres éléments	98 777	---
Total - Passif à court terme	24 169 633 \$	34 789 803 \$
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées	59 593 403 \$	67 983 057 \$
Total du passif	83 763 036 \$	102 772 860 \$
Solde de fonds	1 873 313 \$	24 725 048 \$
Total du passif et du solde de fonds	85 636 349 \$	127 497 908 \$

6.2.5 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

Enveloppe régionale	2008-2009
Enveloppe régionale	
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	677 918 664 \$
Affectation de l'enveloppe régionale	
Allocations aux établissements	636 628 935 \$
Allocations aux organismes communautaires	16 559 401
Allocations à d'autres organismes	376 966
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	653 565 302 \$
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	17 322 290
Autres	27 300
Total	670 914 892 \$
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	7 003 772 \$
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics	
– Comptes à payer signifiés	2 724 301 \$
– Comptes à payer non signifiés	4 048 093
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics	
– Comptes à payer signifiés	
– Comptes à payer non signifiés	231 378
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	7 003 772 \$
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	
Excédent de l'enveloppe sur les affectations	0 \$

Information additionnelle	
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R	3 051 958 \$
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne précédente	697 539 \$

6.2.6 Notes aux états financiers

Note 1 – Constitution et objets

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie a été constituée le 1^{er} janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 2 – Modifications comptables

Introduction

Les principes directeurs du Manuel de gestion financière (MGF) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sont révisés et mis en application rétroactivement au 1^{er} avril 2008, de façon que soit appliquée la comptabilité d'exercice pour les dépenses et les revenus des agences. La révision s'appuie sur les principes comptables généralement reconnus (PCGR) du secteur public publiés par l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA). En ce qui a trait à certains éléments spécifiquement exclus de la comptabilité d'exercice par le passé, l'impact de l'harmonisation est pris en charge par le MSSS au moyen de subventions à recevoir confirmées à l'Agence.

Conséquemment, le 1^{er} avril 2008, l'Agence a appliqué les principes comptables suivants.

Rémunération

La dépense de rémunération, plus particulièrement les vacances, les congés fériés, les congés mobiles, le résidu de la banque de congés de maladie gelée et la banque de congés de maladie courante, incluant les charges sociales, doivent être comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Ainsi, les dépenses sont constatées dans les résultats de l'exercice financier au cours duquel elles sont engagées, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement. Auparavant, ce type de dépenses était comptabilisé lors du débours et les montants accumulés étaient présentés à titre d'information. Conséquemment à l'application de la comptabilité d'exercice, les obligations découlant des dépenses de rémunération courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce poste est portée aux dépenses de l'exercice. L'Agence a constaté à titre de rémunération à payer les vacances courues, les congés fériés, les congés mobiles, le résidu de la banque de congés de maladie gelée et la banque de congés de maladie courante, incluant les charges sociales y afférentes en date du 1^{er} avril 2008, pour un montant de 875 764 \$. Par conséquent, une subvention à recevoir équivalente du MSSS a été comptabilisée.

La contrepartie des frais courus et de la subvention à recevoir du MSSS est présentée au solde de fonds.

Les charges salariales à payer, telles que les heures supplémentaires et les banques d'heures et les charges sociales y afférentes, au 31 mars 2008, doivent être comptabilisées pour le 1^{er} avril 2008 au solde de fonds du fonds approprié, si l'Agence n'a pas établi un tel compte à payer au 31 mars 2008. L'inscription d'un compte à payer au 1^{er} avril 2008 au montant de 79 264 \$ ne fait pas l'objet d'une subvention à recevoir du MSSS.

Créditeurs

Intérêts courus à payer au 31 mars

Les créditeurs sont dorénavant comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Ainsi, les intérêts courus à payer au 31 mars sur toutes les dettes de l'Agence doivent être comptabilisés, de même que toute dette relative à des travaux effectués, à des marchandises reçues ou à des services rendus. Conséquemment, l'Agence a constaté un montant de 647 612 \$ à titre d'intérêts courus au 1^{er} avril 2008. Par conséquent, un montant à recevoir équivalent du MSSS a été comptabilisé. La contrepartie des frais courus et de la subvention à recevoir du MSSS est présentée au solde de fonds du fonds approprié.

Immobilisations

Contrairement aux exercices antérieurs, les immobilisations doivent être comptabilisées au coût et amorties selon une méthode logique et systématique, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis, sur une période correspondant à leur durée de vie utile. Auparavant, aucun amortissement n'était comptabilisé à titre de dépense.

Conséquemment, l'Agence a constaté un montant de 5 241 416 \$ à titre d'amortissement cumulé au 31 mars 2008 pour les immobilisations détenues au 31 mars 2008. Un montant équivalent a été comptabilisé au solde de fonds du fonds d'immobilisations.

Ajustement des revenus et des dépenses des exercices antérieurs

À compter de l'exercice 2008-2009, tout ajustement des revenus et des dépenses des exercices antérieurs est porté aux résultats de l'exercice en cours, à l'exception des redressements relatifs à une modification de convention comptable ou à la correction d'une erreur importante dans le rapport financier annuel d'un exercice antérieur, qui doivent être portés au solde de fonds du fonds approprié. Auparavant, les ajustements étaient comptabilisés aux soldes de fonds sans égard à la nature de l'ajustement.

Dettes à long terme

Emprunts et frais d'émission et d'escompte sur obligations

À compter de l'exercice 2008-2009, les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance. Cet amortissement est calculé selon le taux effectif de chaque emprunt.

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode de l'amortissement linéaire. L'Agence n'a pas comptabilisé à titre de frais reportés les frais d'émission liés aux emprunts au 1^{er} avril 2008. Par conséquent, aucun montant de subvention à recevoir équivalent du MSSS n'a été comptabilisé. Et aucune contrepartie n'est présentée au solde de fonds du fonds d'immobilisations. Auparavant, ces frais étaient comptabilisés en compensation de la dette.

Financement temporaire – enveloppes décentralisées

L'Agence doit ajuster, au 1^{er} avril 2008, les montants présentés à l'actif comme subvention à recevoir du MSSS, et ceux présentés au passif comme comptes à payer aux établissements en fonction des montants qui seront confirmés par le MSSS. À compter de l'exercice 2008-2009, les enveloppes décentralisées allouées par le MSSS aux agences et celles attribuées aux établissements par une agence ne doivent pas être comptabilisées à titre de comptes à recevoir du MSSS et de comptes à payer aux établissements.

Cependant, lorsque l'Agence verse les sommes aux établissements ou que des intérêts sont capitalisés aux emprunts temporaires contractés par l'Agence, elle inscrit au fonds affecté des immobilisations ou des équipements une avance de fonds aux établissements et un emprunt temporaire. Ces comptes sont diminués lorsque la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) rembourse les emprunts temporaires de l'Agence, et les intérêts capitalisés s'y rapportant.

Les immobilisations acquises, pour les activités régionalisées ou pour les activités des fonds affectés à même les enveloppes décentralisées, sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses.

Les changements ont été appliqués rétroactivement sans retraitement des chiffres de l'exercice précédent et ont entraîné une augmentation ou une diminution des postes du rapport financier annuel comme suit :

Fonds d'exploitation

Augmentation de la subvention à recevoir – réforme comptable	610 959 \$
Augmentation des autres créditeurs	690 223 \$
Diminution du solde de fonds	79 264 \$

Fonds affectés des immobilisations

Diminution de la subvention à recevoir du MSSS	67 983 057 \$
Diminution des comptes à payer aux établissements	5 219 674 \$
Diminution des débiteurs MSSS	26 131 046 \$
Augmentation des intérêts courus à payer	586 191 \$
Augmentation subvention à recevoir – réforme comptable	586 191 \$
Diminution du solde de fonds	88 894 429 \$

Fonds affectés des équipements

Diminution des débiteurs MSSS	15 213 078 \$
Diminution des comptes à payer aux établissements	13 967 244 \$
Diminution du solde de fonds	1 245 834 \$

Fonds d'immobilisations

Augmentation de l'amortissement cumulé	5 241 416 \$
Augmentation des immobilisations	8 802 959 \$
Augmentation des emprunts bancaires	7 147 837 \$
Diminution du solde de fonds	3 586 294 \$

Fonds des activités régionalisées

Augmentation de la subvention à recevoir – réforme comptable	268 442 \$
Augmentation des autres créditeurs	292 702 \$
Diminution du solde de fonds	24 260 \$

Fonds affectés

Augmentation de la subvention à recevoir – réforme comptable	14 741 \$
Augmentation des autres créditeurs	16 372 \$
Diminution du solde de fonds	1 631 \$

Présentation au rapport financier annuel**Provision pour créances douteuses**

Les revenus doivent être présentés au brut et la provision pour créances douteuses doit être incluse dans les dépenses de l'Agence. La nouvelle exigence couvre seulement les informations à fournir et n'a pas d'incidence sur les résultats financiers de l'établissement.

Autres fonds

Un état des revenus et des dépenses a été ajouté pour chacun des fonds.

La nouvelle exigence couvre seulement les informations à fournir et n'a pas d'incidence sur les résultats financiers de l'Agence.

Note 3 – Principales différences avec les principes comptables généralement reconnus

Ce rapport annuel est établi conformément aux normes et aux pratiques comptables reconnues dans les agences relevant du MSSS.

Les principales conventions comptables sont décrites ci-après. Les règles comptables utilisées aux fins de l'Agence de ce rapport financier annuel, qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada, sont les suivantes :

- i) Le rapport financier annuel ne comprend pas d'état des flux de trésorerie.
- ii) L'information requise relative aux instruments financiers n'est pas présentée dans les notes complémentaires.
- iii) Les modifications comptables sont appliquées rétroactivement sans retraitement des chiffres comparatifs.
- iv) L'information relative à la gestion du capital exigée en vertu du chapitre 1535 - Information à fournir concernant le capital du Manuel de l'ICCA n'est pas présentée dans les états financiers.
- v) Conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), l'exercice financier de l'Agence s'étend du 1^{er} avril au 31 mars.
- vi) Cependant, l'exercice financier du Fonds de santé au travail, qui regroupe les activités que doit assurer l'Agence aux fins de l'application des programmes de santé au travail visés par le chapitre VIII de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), ne couvre pas la même période.
- vii) Une comptabilisation distincte doit être tenue pour chacun des fonds, même dans le cas des fonds affectés.
- viii) Il y a étanchéité entre les fonds affectés, c'est-à-dire que les transferts de capitaux ne sont pas permis, à moins d'une autorisation écrite du Ministère. Il est cependant permis de comptabiliser des transferts d'un fonds à un autre en passant par le solde de fonds.

- ix) Les emprunts interfonds ne comportent aucune charge d'intérêts. Pour chaque prêt interfonds, il doit y avoir un calendrier de remboursements impliquant des remboursements annuels.
- x) L'Agence peut placer les sommes d'argent qui ne sont pas requises pour le paiement des dépenses par l'acquisition des titres autorisés suivants :
 - obligations ou autres titres de créance émis ou garantis par le gouvernement du Canada, du Québec ou d'une province canadienne;
 - dépôts auprès des institutions financières (banques, caisses populaires, société de fiducie et de prêt).
- xi) L'Agence doit prévoir des revenus suffisants pour financer les charges d'exploitation, et le coût annuel en capital et en intérêts des dépenses en immobilisations et en équipements des activités accessoires.
- xii) L'Agence doit prévoir des revenus suffisants pour financer les transferts de fonds requis pour les charges d'exploitation, et le coût annuel en capital et en intérêts des dépenses en immobilisations et en équipements de chacune des activités régionalisées.
- xiii) Le Manuel de gestion financière ou un autre document provenant du MSSS peut permettre que des charges d'exploitation soient imputées à un fonds affecté. En l'absence d'une telle autorisation, les seules charges d'exploitation pouvant être imputées à un fonds affecté, autre que le fonds des services préhospitaliers d'urgence et de transport d'usagers et d'usagers entre établissements, sont celles présentant un lien direct avec la finalité du fonds. Ces charges incluent la rémunération du personnel dédié spécifiquement à la réalisation des activités du fonds, mais excluent la rémunération des employés de l'Agence effectuant la gestion ou la coordination du fonds.
- xiv) L'Agence ne peut imputer des charges d'exploitation au fonds des services préhospitaliers d'urgence et de transport d'usagers et d'usagers entre établissements qu'avec l'autorisation du MSSS; cette autorisation peut se présenter sous la forme du budget transmis par le MSSS à l'Agence pour l'exercice concerné ou d'un autre document.
- xv) Tout solde au 31 mars d'un fonds affecté de provenance nationale ne peut être attribué que pour des dépenses en conformité avec la finalité du fonds, laquelle a été signifiée à l'Agence par la direction générale concernée du MSSS, gestionnaire du programme visé. Toute autre utilisation du solde requiert l'autorisation préalable du MSSS.
- xvi) Le solde d'un fonds ne peut être déficitaire.
- xvii) La fraction à moins d'un an des dettes n'est pas présentée à l'exception de celles concernant les contrats de location-acquisition.

Note 4 – Conventions comptables

Estimations comptables

Pour dresser des états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, la direction de l'Agence doit faire des estimations et poser des hypothèses qui ont une incidence sur les montants présentés dans les états financiers et les notes y afférentes. Ces estimations sont fondées sur la connaissance que la direction possède des événements en cours et sur les mesures que l'organisme pourrait prendre à l'avenir. Les éléments des états financiers qui requièrent davantage l'utilisation d'estimations, comprennent les hypothèses économiques clés utilisées pour déterminer la durée de vie utile des immobilisations aux fins du calcul de l'amortissement et l'évaluation des revenus reportés. Les résultats réels pourraient être différents de ces estimations.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est appliquée pour les dépenses et les revenus des agences et s'appuie sur les PCGR du secteur public par l'ICCA.

Comptabilité par fonds

Les agences suivent les principes comptables de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de toutes les agences et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les contributions au fonds d'immobilisations.
- Le fonds d'immobilisations regroupe les opérations relatives aux immobilisations appartenant à l'Agence, aux dettes à court terme et à long terme, à leur égard et à tout autre mode de financement s'y rattachant.
- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentantes et de représentants d'établissements, ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements, et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou des services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou aux services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- Le Fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail, élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail, et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds d'exploitation.

Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans les limites de ses pouvoirs. Les activités sont classées en deux groupes :

▪ **Activités principales**

Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

▪ **Activités accessoires**

Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Ces activités se subdivisent en activités complémentaires et de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Constatation des revenus

L'Agence applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Selon cette méthode, les apports affectés à des charges d'exercices futurs sont reportés et constatés à titre de produits au cours de l'exercice où sont engagées les charges auxquelles ils sont affectés. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou lorsqu'ils sont à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que son encaissement est raisonnablement assuré.

Les apports reçus sous forme d'immobilisations sont constatés à titre de produits reportés lorsque l'organisme reçoit les immobilisations, et virées aux produits au même rythme que l'amortissement des immobilisations correspondantes. Ces apports sont comptabilisés à la juste valeur des immobilisations ou à la valeur symbolique de 1 \$ si la juste valeur ne peut être déterminée au prix d'un effort raisonnable.

Les apports reçus sous forme de don, legs, subvention ou autre forme de contributions sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères, ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu. Ils sont comptabilisés aux produits des activités principales dès leur réception et sont désormais présentés à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Autres revenus

Les autres revenus sont constatés à titre de produits lorsque les services ont été rendus, que le montant est déterminé ou déterminable, et que le recouvrement est raisonnablement assuré.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

<u>Catégorie</u>	<u>Durée</u>
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Développement informatique	5 ans
Équipement de communication multimédia	5 ans
Équipement informatique	3 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans

Frais reportés

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents, libérée par le MSSS.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds d'immobilisations. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec (MFQ).

De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'établissement pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

Les principes énoncés ci-dessus s'appliquent aux fonds affectés des immobilisations et des équipements, à l'égard des emprunts contractés au 1^{er} avril 2000 concernant les enveloppes décentralisées (voir circulaire 03-02-30-01).

Note 5 – Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et des fonds affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel, sont les suivants :

	2008-2009	2007-2008
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	282 263 \$	302 575 \$
Fonds d'immobilisations:		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	2 596 091 \$	682 366 \$
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	2 212 749 \$	324 443 \$
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	101 079 \$	55 348 \$

Note 6 – Emprunt bancaire

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 41 341 000 \$, au taux de base des acceptations bancaires d'un mois d'échéance, pour les emprunts effectués par billets-grille et par période de 30 jours.

Les emprunts effectués directement sur la marge de crédit, non empruntés en billets-grille, portent intérêt au taux préférentiel de la Banque, moins 1,25 %.

La convention de crédit est renégociable le 1^{er} janvier 2011.

Au 31 mars, les emprunts se répartissent ainsi :

	2008-2009	2007-2008
Emprunt sur billets-grille au taux de base des acceptations bancaires. Le taux en vigueur au 31 mars 2009 est de 0,52 %.	20 287 884 \$	14 536 784 \$
Emprunt sur marge de crédit au taux préférentiel moins 1,25 %.	---	28 324
	20 287 884 \$	14 565 108 \$

Note 7 – Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements, et est payable à Financement-Québec.

	2008-2009	2007-2008
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,823 %, remboursable par versements annuels de 717 024 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2009	6 931 434 \$	7 648 459 \$
Emprunt, portant intérêt au taux de 6,186 %, remboursable par versements annuels de 412 033 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2015	4 110 972	4 523 005
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,76 %, remboursable par versements annuels de 62 955 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en octobre 2012	1 196 153	1 259 108
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 334 386 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014	6 027 685	
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 300 913 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014	2 691 749	
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,927 %		5 246 928
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,927 %		914 757
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 16 088 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014	370 015	386 103
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 820 183 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014	8 636 578	9 456 761
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,824 %		2 709 241
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,215 %, remboursable par versements annuels de 607 453 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2011	5 965 262	6 562 715
Emprunt, portant intérêt à un taux variant de 4,66 % à 9,82 %, remboursable par versements annuels variables, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	16 420 948	17 132 495
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 477 893 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014	5 296 466	5 774 359
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 81 089 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014	1 946 141	2 027 230
Emprunt, portant intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,30 % (3,91 % au 31 mars 2008), financé sur marge de crédit garantie par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023		4 331 896
	59 593 403 \$	67 983 057 \$
Tranche échéant à moins d'un an	15 051 569	12 777 193
	44 541 834 \$	55 205 864 \$

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2010	15 051 569 \$
2011	7 017 398 \$
2012	8 337 285 \$
2013	4 611 200 \$
2014	8 517 493 \$
	43 534 945 \$

Note 8 – Obligations découlant de contrats de location-acquisition

	2009	2008
Contrat de location de photocopieurs, d'un montant de 93 540 \$, remboursable par versements mensuels de 1 681 \$, échéant le 13 mars 2011	42 216 \$	56 151 \$
Contrats de location de matériel informatique, d'un montant total de 667 853 \$, remboursable par versements mensuels de 10 892 \$, échéant du 31 mars 2010 au 31 mars 2013	257 550	347 312
Montant total des paiements minimums futurs	299 766	403 463
Tranche échéant à moins d'un an	(134 246)	(139 333)
	165 520 \$	264 130 \$

Les paiements minimums futurs exigibles sur les contrats de location-acquisition au cours des prochains exercices sont les suivants :

2010	134 246 \$
2011	20 594 \$
2012	36 698 \$
2013	8 228 \$

Note 9 – Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) ou au Régime de retraite de l'administration supérieure (RRAS). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Au 1^{er} janvier 2009, le taux de cotisation pour le RREGOP est toujours à 8,19 % de la masse salariale cotisable, et celui du RRPE et du RRAS, à 10,54 %.

Note 10 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et les entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

6.3 Allocations des ressources financières aux établissements

6.3.1 Allocations 2008-2009

En 2008-2009, les revenus des établissements furent de 728 992 289 \$, incluant le budget de fonctionnement accordé par l'Agence, la contribution des usagères et des usagers et les ventes de services, dont 718 841 991\$ pour les établissements publics et 10 150 298 \$ pour les établissements privés conventionnés. Vous trouverez, au tableau de la page suivante, le détail de ce budget par établissement, ainsi que les surplus et déficits pour les exercices 2008-2009 et 2007-2008.

Les écarts des résultats entre l'exercice terminé au 31 mars 2008 et celui terminé au 31 mars 2009 sont principalement reliés à l'harmonisation des conventions comptables. Afin de mieux comparer ces deux années, nous avons indiqué les résultats de 2008-2009 avant harmonisation et après.

En effet, depuis l'exercice 2006-2007, les résultats financiers des établissements publics ont été incorporés à ceux du gouvernement selon une méthode modifiée de comptabilisation à la valeur de consolidation. Toutefois, les normes de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) exigent l'utilisation de la méthode de consolidation intégrale.

Certaines conventions comptables des établissements différaient de celles adoptées par le gouvernement. Ainsi, l'harmonisation de ces conventions comptables permet, pour les plus significatives, de respecter les principes comptables généralement reconnus et de faciliter la préparation des résultats financiers consolidés du gouvernement.

L'harmonisation des conventions comptables est exigée au 1^{er} avril 2008 et touche principalement les vacances, les banques de maladies à payer, les intérêts courus et l'amortissement des immobilisations.

En 2008-2009 s'annonce la fin des budgets de développement et de transition, tels que nous les avons connus au cours des cinq dernières années, ainsi que la réduction très importante des sommes qui étaient allouées pour l'équité interrégionale.

Par ailleurs, l'enveloppe de développement a été ciblée sur deux programmes seulement, soit déficience physique (DP), ainsi que déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (DI-TED).

De plus, pour ces deux programmes, il y avait la nécessité de biens livrables pour répondre aux demandes de la ministre déléguée, non encore précisés cependant au 31 mars 2009.

Les orientations budgétaires suivantes ont été proposées pour l'utilisation des budgets 2009-2010 :

- Utiliser, pour le programme santé physique, le montant supplémentaire versé pour la transition à même l'indexation spécifique.
- Utiliser la méthode habituelle et reconnue (médicaments et fournitures médicales) pour la répartition de l'indexation spécifique.
- Utiliser la méthode déjà convenue et récemment ajustée en vieillissement et en santé physique pour la distribution de l'enveloppe résiduelle d'indexation spécifique.
- Convenir d'une méthode d'allocation de l'enveloppe DI-TED et DP entre la première et la deuxième ligne.
- Convenir d'une méthode d'allocation pour la distribution entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS), en tenant compte des engagements et des secteurs à améliorer.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a transmis, à l'Agence, la confirmation des crédits 2009-2010 alloués à la région, incluant une somme de 4 821 207 \$ pour les coûts de systèmes spécifiques.

Une proposition de répartition de ces budgets a été transmise pour consultation auprès des établissements de l'Estrie, le 17 avril 2009, et les avis et les commentaires des établissements ont été recueillis.

Le montant récurrent de 3 359 251 \$ a été réparti selon la méthode utilisée en 2008-2009 pour les coûts de systèmes spécifiques.

Les intérêts pour le déficit autorisé au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) de 71 000 \$ ont été financés, de même que les transports ambulanciers pour les ruptures temporaires des services de chirurgie de 60 000 \$, au CSSS du Granit.

Finalement, un montant de 1 064 765 \$ a été alloué au CHUS, et le solde de 266 191 \$ a été réparti selon la méthode d'allocation des budgets en vieillissement et en santé physique en Estrie, adoptée au conseil d'administration du 4 février 2009, en tenant compte des ajustements dans les centres d'activités selon les travaux réalisés par le comité sur la méthode d'équité unifiée.

L'allocation des ressources financières aux établissements
Résultat des exercices 2008-2009 et 2007-2008

Établissement	2008-2009			2008-2009	2007-2008
	Revenus	Dépenses	Surplus (déficit) des activités principales	Surplus (déficit) des activités principales avant harmonisation	Surplus (déficit) des activités principales
	\$	\$	\$	\$	\$
Établissements publics					
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	338 567 976	347 900 062	(9 332 086)	(10 079 945)	(4 726 413)
Centre jeunesse de l'Estrie	42 465 460	40 311 120	2 154 340	64 340	242 116
Centre de réadaptation Estrie	17 738 106	17 344 677	393 429	289 456	18 522
Centre Notre-Dame de l'Enfant (Sherbrooke)	21 144 123	21 146 159	(2 036)	205 393	233 574
Centre d'accueil Dixville	7 387 504	7 436 910	(49 406)	58 183	157 208
Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges	5 111 024	5 223 428	(112 404)	(132 053)	39 033
Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	137 029 114	141 003 418	(3 974 304)	22 849	693 036
Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook	16 006 291	16 156 360	(150 069)	(45 254)	52 903
Centre de santé et de services sociaux du Granit	28 707 437	29 137 209	(429 772)	3 485	185 337
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François	17 157 360	17 274 720	(117 360)	16 405	
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog	45 755 061	45 002 322	752 739	689 885	461 270
Centre de santé et de services sociaux des Sources	20 031 584	20 452 591	(421 007)	17 689	(37 326)
Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François	21 740 951	21 885 888	(144 937)	144 660	249 598
Total partiel	718 841 991	730 274 864	(11 432 873)	(8 744 907)	(2 431 142)
Établissements privés conventionnés					
Villa Marie-Claire	1 589 395	1 560 588	28 807	28 807	20 249
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont	4 699 370	4 653 873	45 497	45 497	(21 465)
La Maison Blanche de North Hatley	3 861 533	3 799 809	61 724	61 724	75 767
Total partiel	10 150 298	10 014 270	136 028	136 028	74 551
Total global	728 992 289	740 289 134	(11 296 845)	(8 608 879)	(2 356 591)

6.3.2 Autorisations d'emprunt

L'Agence a recommandé au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) cinq autorisations d'emprunt temporaires aux établissements publics au cours de l'exercice 2008-2009. Le tableau suivant présente celles en vigueur au 31 mars 2009.

Sommaire des autorisations d'emprunt en vigueur au 31 mars 2009		
Budget régional	Montant total des budgets	
Budget de fonctionnement des établissements publics de la région	676 101 337 \$	
Nature des autorisations	Montant des emprunts autorisés	Pourcentage du budget régional
Dépenses courantes de fonctionnement		
▪ Équilibre budgétaire	60 000 000 \$	78,874 %
Dépenses en immobilisations		
▪ Acquisitions autofinancées	3 648 072 \$	0,540 %
Total	63 648 072 \$	9,414 %

Le total des autorisations d'emprunt pour les dépenses courantes de fonctionnement a augmenté de 22 millions de dollars en 2008-2009, passant ainsi de 38 millions au 31 mars 2008 à 60 millions au 31 mars 2009. Cette augmentation est surtout reliée au projet d'agrandissement de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), à un déficit supplémentaire non autorisé associé à ses activités courantes ainsi qu'à son déficit autorisé.

6.3.3 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire

Après discussion avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le niveau maximal de déficit autorisé pour l'ensemble des établissements publics de l'Estrie ne devait pas excéder, pour 2008-2009, la somme de 4 731 096 \$. Le tableau suivant indique que la cible budgétaire n'a pas été respectée.

Établissements publics	2008-2009		
	Niveau maximum de déficit d'exploitation	Montant réel de déficit Avant harmonisation	Écart
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	4 731 000 \$	(10 079 945)\$	(5 349 945)\$
Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges	0 \$	(132 053)\$	(132 053)\$
Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook	0 \$	(45 254)\$	(45 254)\$

Nous devons souligner les efforts remarquables déployés par les établissements en 2008-2009 pour respecter le cadre budgétaire fixé par l'Agence.

6.4 Allocation des ressources aux organismes communautaires

Organismes communautaires	2008-2009 Base annuelle	2007-2008 Base annuelle
Maintien à domicile		
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	200 852 \$	196 159 \$
Centre d'action bénévole du Granit	191 172 \$	184 897 \$
Carrefour du partage de Magog – C.A.B.	119 460 \$	116 545 \$
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	116 795 \$	113 918 \$
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Coaticook	171 573 \$	165 587 \$
Centre d'action bénévole de Windsor	102 417 \$	99 753 \$
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	223 951 \$	217 191 \$
Centre d'action bénévole R. H. Rediker	118 846 \$	115 940 \$
Centre de bénévolat de Richmond	97 382 \$	94 793 \$
Centre de bénévolat Valcourt et région	92 063 \$	89 553 \$
L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile	156 590 \$	152 551 \$
La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc	174 452 \$	168 423 \$
La Société Alzheimer de l'Estrie	86 678 \$	85 397 \$
Rayon de soleil de l'Estrie	72 900 \$	70 098 \$
Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	246 622 \$	241 252 \$
Sercovie	225 132 \$	220 081 \$
Soins palliatifs la Rose des vents de l'Estrie	166 194 \$	162 014 \$
TOTAL – Maintien à domicile	2 563 079 \$	2 494 152 \$
Promotion et services à la communauté		
A.P.A.M.M.E.	190 467 \$	181 188 \$
A.R.C.H.E. de l'Estrie	174 600 \$	187 026 \$
Aide communautaire de Lennoxville et des environs (personnes âgées)	7 105 \$	10 955 \$
Animation Jeunesse Haut-Saint-François	27 347 \$	25 218 \$
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	106 443 \$	82 969 \$
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	135 564 \$	105 668 \$

Organismes communautaires	2008-2009 Base annuelle	2007-2008 Base annuelle
Association de parents PANDA de l'Estrie	135 564 \$	109 304 \$
Association de parents PANDA de l'Estrie	2 924 \$	4 506 \$
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (A.S.D.I.)	104 904 \$	82 446 \$
Association de spina-bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	49 205 \$	38 353 \$
Association des accidentés cérébro-vasculaires et traumatisés crâniens Estrie	244 233 \$	154 858 \$
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	75 438 \$	73 172 \$
Association des sourds de l'Estrie	29 123 \$	27 078 \$
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A)	27 726 \$	26 359 \$
Association du syndrome de Down de l'Estrie	52 240 \$	49 121 \$
Association Épilepsie Estrie	29 122 \$	22 700 \$
Association estrienne pour l'information et la formation des aînés et aînées	20 083 \$	15 654 \$
Association québécoise de la dysphasie, Estrie	77 321 \$	50 112 \$
Au point 14-18 de Danville	75 437 \$	73 172 \$
Azimet-nord	32 133 \$	30 364 \$
Banque alimentaire Memphrémagog	86 033 \$	66 805 \$
Bulle et Baluchon	124 052 \$	119 874 \$
Cuisines collectives Le Blé d'Or de Sherbrooke	83 451 \$	65 420 \$
Carrefour du partage de Magog (P.I.E.D.)	2 538 \$	1 069 \$
Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	56 843 \$	44 308 \$
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (CAB)	23 551 \$	23 203 \$
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (familles + PPP)	40 563 \$	16 531 \$
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (P.I.E.D.)	7 105 \$	4 101 \$
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (MG)	15 315 \$	15 089 \$
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (P.I.E.D.)	3 794 \$	3 738 \$
Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	10 809 \$	10 649 \$
Centre d'action bénévole de Windsor (aînés)		4 043 \$
Centre d'action bénévole du Granit (CAB)	26 120 \$	25 734 \$

Organismes communautaires	2008-2009 Base annuelle	2007-2008 Base annuelle
Centre d'action bénévole du Granit (familles + PPP)	16 911 \$	
Centre d'action bénévole du Granit (P.I.E.D.)	9 742 \$	9 598 \$
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (CAB)	10 510 \$	10 355 \$
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (P.I.E.D.)	7 673 \$	7 560 \$
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (CAB)	9 610 \$	9 468 \$
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (familles)	17 293 \$	17 037 \$
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (P.I.E.D.)	4 881 \$	4 809 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie	326 400 \$	315 111 \$
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	72 348 \$	56 392 \$
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (CIVAS) (familles)	7 530 \$	7 419 \$
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (CIVAS) (violence)	135 565 \$	105 668 \$
Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	15 091 \$	14 868 \$
Centre de bénévolat de Richmond (P.I.E.D.)		3 769 \$
Centre de bénévolat Valcourt et région inc. (CAB)	9 610 \$	9 468 \$
Centre de bénévolat Valcourt et région inc. (P.I.E.D.)		3 438 \$
Centre de bénévolat Valcourt et région inc. (familles)	957 \$	943 \$
Centre de santé des femmes de l'Estrie	135 565 \$	105 668 \$
Centre des femmes de la MRC du Granit	174 637 \$	168 606 \$
Centre des femmes du Val-Saint-François	174 818 \$	168 784 \$
Centre des femmes du Val-Saint-François (familles)	24 880 \$	11 965 \$
Centre des femmes La Parolière	174 638 \$	168 607 \$
Centre des femmes Lennoxville et environs	178 338 \$	169 237 \$
Centre des femmes Memphrémagog	174 729 \$	168 697 \$
Centre des jeunes de Lennoxville	75 789 \$	73 375 \$
Centre l'Élan	141 766 \$	136 221 \$
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	178 337 \$	169 236 \$
Centre Regroupement Jeunesse de Rock-Forest	69 782 \$	67 457 \$

Organismes communautaires	2008-2009 Base annuelle	2007-2008 Base annuelle
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	166 574 \$	160 663 \$
Corporation jeunesse Memphrémagog	91 076 \$	86 280 \$
Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	86 033 \$	66 805 \$
Diabète Estrie	49 205 \$	38 353 \$
Élixir ou l'Assuétude d'Ève	135 565 \$	118 769 \$
Famille Espoir	20 966 \$	12 830 \$
Famille Plus	20 966 \$	12 830 \$
Handi-capable	25 839 \$	20 140 \$
IRIS Estrie	20 747 \$	20 440 \$
JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie	364 873 \$	353 017 \$
L'Autre-Rive	137 430 \$	131 949 \$
L'Ensoleillée - Ressource communautaire en santé mentale	115 026 \$	109 876 \$
L'Escale de l'Estrie	729 126 \$	707 508 \$
La Bouée Régionale Lac-Mégantic	612 707 \$	592 810 \$
La Chaudronnée de l'Estrie inc.	78 888 \$	56 392 \$
La Cordée, ressource alternative en santé mentale	339 758 \$	331 287 \$
La Croisée des Sentiers	107 784 \$	102 741 \$
La Cuisine Amitié de la MRC des Sources	72 348 \$	49 123 \$
La Grande Table	72 348 \$	44 308 \$
La Ligue pour l'enfance de l'Estrie	51 517 \$	22 287 \$
La Maison Caméléon de l'Estrie	51 674 \$	41 414 \$
La Maison de l'action bénévole de l'Or blanc (CAB)	16 251 \$	16 011 \$
La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc (familles)	4 577 \$	4 509 \$
La Maison de la famille du Granit	28 071 \$	20 050 \$
La Maison des familles FamillAction	14 802 \$	395 \$
La Maison des jeunes Actimaje	77 178 \$	74 312 \$
La Maison des jeunes de Coaticook	77 177 \$	74 311 \$

Organismes communautaires	2008-2009 Base annuelle	2007-2008 Base annuelle
La Maison des jeunes de l'Or Blanc	87 446 \$	85 004 \$
La Maison des jeunes de la Saint-François	100 866 \$	97 650 \$
La Maison du point tournant	106 443 \$	82 969 \$
La Méridienne	612 692 \$	592 796 \$
La Passerelle de Weedon	174 728 \$	168 696 \$
La Société Alzheimer de l'Estrie	135 565 \$	105 668 \$
La Source-soleil	318 833 \$	303 278 \$
Les Étincelles de bonheur du Haut Saint-François	72 348 \$	56 392 \$
Le Comité de la relève de Scotstown	29 951 \$	9 334 \$
Le Domaine de la sobriété	135 565 \$	109 685 \$
Le Pont, organisme de justice alternative	346 413 \$	290 061 \$
Le Rivage du Val-Saint-François	131 272 \$	125 882 \$
Le Seuil de l'Estrie	181 277 \$	172 133 \$
Les Fantastiques de Magog	72 348 \$	56 705 \$
Les Grands frères et les grandes sœurs de Sherbrooke	38 016 \$	22 700 \$
Les Jeunes du coin d'Ascot	75 788 \$	73 374 \$
Les Cuisines collectives du Haut-Saint-François	76 555 \$	56 392 \$
Les Soupapes de la bonne humeur	72 348 \$	64 604 \$
Les Tabliers en folie	87 942 \$	73 780 \$
Maison de la famille de Sherbrooke	7 579 \$	1 730 \$
Maison de la famille Memphrémagog	28 134 \$	15 989 \$
Maison des grands-parents de Sherbrooke	3 859 \$	3 802 \$
Maison des jeunes de Fleurimont	14 513 \$	13 005 \$
Maison des jeunes de Waterville «Les Pacifistes»	30 864 \$	28 683 \$
Maison des jeunes l'Initiative	76 842 \$	73 981 \$
Maison Jeunes-Est	194 435 \$	190 268 \$
Marraine Tendresse de l'Estrie	16 156 \$	8 056 \$

Organismes communautaires	2008-2009 Base annuelle	2007-2008 Base annuelle
Moisson-Estrie	139 410 \$	105 668 \$
Moment-HOM - Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	10 041 \$	7 827 \$
Naissance-Renaissance Estrie	165 331 \$	132 515 \$
Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	14 513 \$	13 005 \$
Points Jeunesse du Granit	92 219 \$	87 406 \$
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	106 832 \$	93 430 \$
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	16 405 \$	16 162 \$
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	95 754 \$	69 708 \$
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)	23 699 \$	15 194 \$
Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	3 985 \$	3 926 \$
Ressources communautaires en santé mentale «l'Éveil»	107 962 \$	102 916 \$
S.O.S. grossesse Estrie	135 564 \$	105 666 \$
S.P.E.C. Tintamarre inc.	182 319 \$	172 233 \$
Secours-Amitié (Estrie)	158 636 \$	149 827 \$
Séjour la Bonne œuvre	602 360 \$	582 616 \$
Sercovie (personnes âgées)	27 739 \$	27 329 \$
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	135 564 \$	105 668 \$
Société de l'autisme et du trouble envahissement du développement de l'Estrie	29 122 \$	26 724 \$
SPOT Jeunesse de Sherbrooke	75 790 \$	73 376 \$
Unité DOMREMY d'Asbestos	72 348 \$	56 392 \$
Unité DOMREMY Danville-Shipton	25 839 \$	20 140 \$
Unité DOMREMY de Windsor	13 217 \$	12 529 \$
Virage santé mentale	114 339 \$	109 198 \$
Zone libre Memphrémagog	74 294 \$	70 487 \$
TOTAL - Promotion et services à la communauté	13 445 118 \$	12 046 512 \$
GRAND TOTAL	16 008 198 \$	14 540 664 \$

7. Défis des prochaines années

Le 3 décembre 2008, le conseil d'administration de l'Agence adoptait le Plan pluriannuel du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie pour les années 2008-2011. Cette acceptation était l'aboutissement d'une démarche de six mois impliquant tous les acteurs du réseau. Nous avons profité de cette occasion pour situer à nouveau la mission, la vision et les valeurs qui soutiennent l'engagement du réseau à améliorer la santé et le bien-être de la population de l'Estrie. Ce plan pluriannuel traduit non seulement un profond intérêt commun à toutes et à tous, mais se veut un guide tangible et rassembleur qui inspire à un meilleur avenir dans la pérennité de notre système de santé. Il appelle à la concrétisation d'actions concertées, à l'aboutissement de gestes efficaces, d'idées novatrices et de services appropriés pour le bien-être de toute la population de la région.

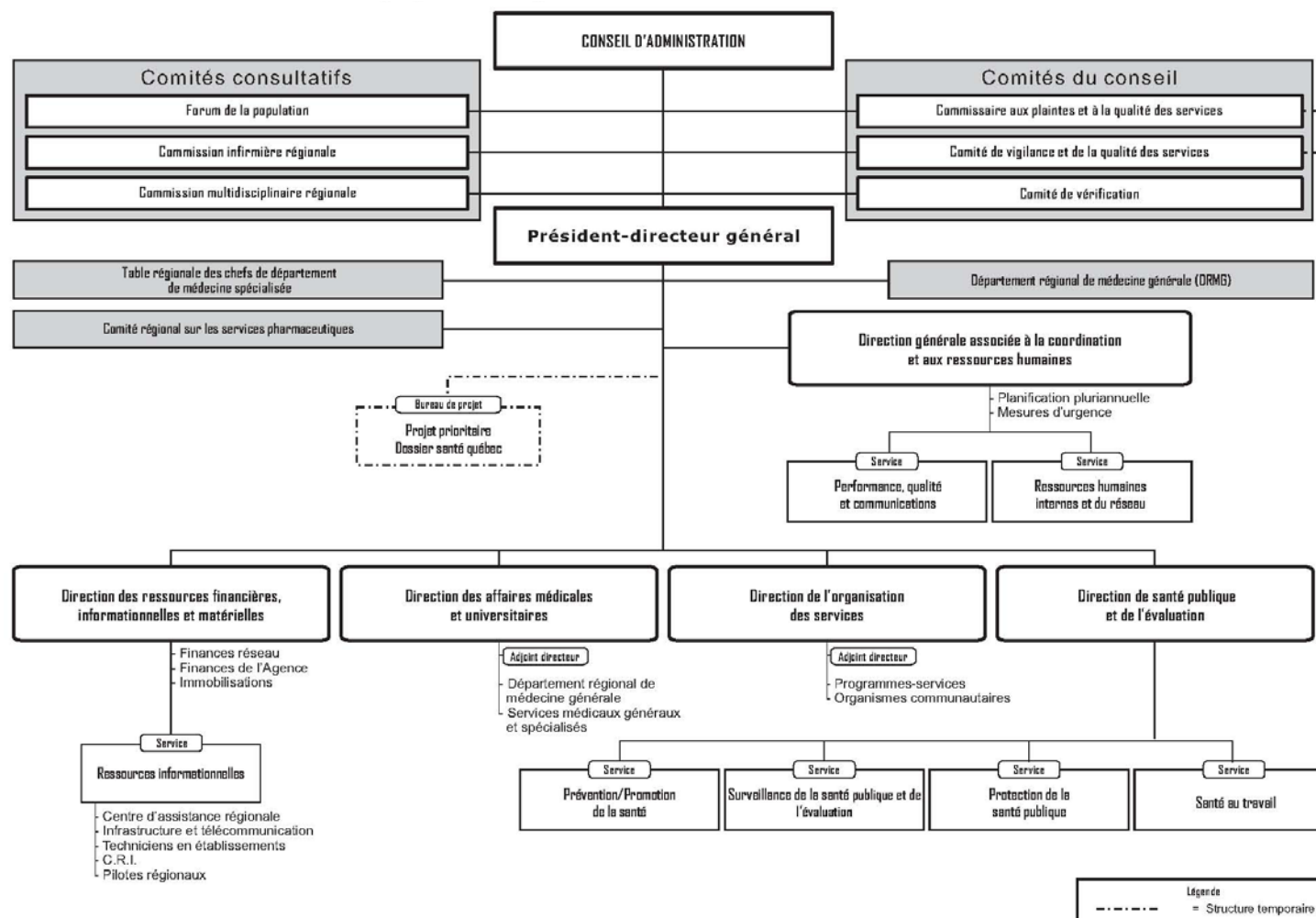
L'Estrie est une région universitaire avant-gardiste qui encourage l'innovation, le transfert des connaissances et la recherche. Toutes les intervenantes et tous les intervenants réalisent la nécessité d'agir comme un véritable réseau, qui accompagne les usagères et les usagers dans l'accessibilité et le continuum de services intégrés de qualité. Nous aspirons à être un réseau dans lequel règne un véritable esprit de concertation et de partenariat. Un réseau offrant un environnement de travail valorisant, stimulant et attractif, propice au développement professionnel.

Bien entendu, ce ne sera pas facile. La réduction du taux de croissance des dépenses en santé et en services sociaux, annoncée par le gouvernement pour 2009-2010, nous obligera à optimiser davantage l'utilisation des ressources. Nous sommes confiants de réussir grâce à l'appui de la population et au dévouement de tous les personnels.

ANNEXES

ANNEXE 1

Organigramme de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2009



ANNEXE 2

Le code d'éthique et de déontologie des administratrices et des administrateurs

Adopté par le conseil d'administration le 27 mars 2001.

Révision adoptée le 8 mai 2002 par le conseil d'administration.

Révision adoptée par le conseil d'administration, le 16 mai 2007.

Déclaration de principe

Considérant les fonctions des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

- d'identifier les priorités relatives aux besoins de la population de l'Estrie;
- d'élaborer des orientations relatives aux services à offrir;
- de répartir équitablement les ressources mises à la disposition de l'Agence.

Considérant la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

« L'Agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, principalement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. »

Considérant les valeurs de l'organisation :

- la primauté du citoyen;
- l'équité;
- la transparence;
- la reconnaissance;
- l'utilisation optimale des ressources.

Les membres du conseil d'administration ont adopté le code d'éthique et de déontologie suivant pour régir leurs actions.

Devoirs et obligations

- À son entrée en fonction, toute administratrice et tout administrateur nommés au conseil d'administration doivent s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie, et signer à cet effet l'annexe 1 du présent code. La notion d'administratrice et d'administrateur désigne les membres nommés au conseil d'administration et s'étend à la présidente-directrice générale ou au président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, ainsi qu'à la directrice ou au directeur de la santé publique.
- Les administratrices et les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable avec honnêteté, loyauté, et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de l'Estrie.
- Les administratrices et les administrateurs doivent avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de leurs décisions.
- Les administratrices et les administrateurs doivent agir avec loyauté en adhérant aux valeurs de l'Agence, en utilisant un langage et un comportement appropriés, et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'ils représentent.
- Les administratrices et les administrateurs liés à un groupe d'intérêt peuvent le consulter et lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou est jugée confidentielle par le conseil d'administration.
- Les administratrices et les administrateurs doivent éviter de prendre des décisions partisans.
- Après l'expiration de son mandat, toute administratrice et tout administrateur continuent de témoigner du respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

Confidentialité et conflits d'intérêts

- Toute administratrice et tout administrateur doivent éviter tout conflit d'intérêts, ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflit d'intérêts.
- Chaque administratrice et administrateur doivent poser des gestes dont ils peuvent, lorsqu'ils en sont tenus, discuter ouvertement et sans réserve en public.
- Aucune administratrice et aucun administrateur ne doit rechercher, pour elle ou pour lui, ou pour son entourage, des avantages personnels ou des privilèges dans l'exercice de ses fonctions.
- Toute administratrice et tout administrateur, autres que la présidente-directrice générale ou le président-directeur général, ou la directrice ou le directeur de santé publique, qui ont un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit leur intérêt personnel ou celui du conseil d'administration doivent, sous peine de déchéance de leur charge, dénoncer par écrit leur intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision, lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle ils ont cet intérêt est débattue. En vertu du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.0.1, a.10), la présidente-directrice générale ou le président-directeur général, ou la directrice ou le directeur de santé publique, doit se départir de tout intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association susceptible de la ou de le placer dans une situation de conflit d'intérêts.

- Après l'expiration de leur mandat, toute administratrice et tout administrateur doivent respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion, dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions d'administratrice ou d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.
- Avant d'entrer en fonction, toute administratrice et tout administrateur doivent signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme à la déclaration qui apparaît à l'annexe 2 du présent code, et ils doivent amender et compléter cette déclaration dès qu'ils connaissent un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Activités politiques

- Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.O.1), la présidente ou le président du conseil d'administration, ou la première dirigeante ou le premier dirigeant d'un organisme qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective, doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.
- La présidente ou le président du conseil d'administration, ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général d'un organisme qui veut poser sa candidature à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Elle ou il doit alors demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où elle ou il annonce sa candidature.

Règles relatives aux assemblées

- L'administratrice et l'administrateur s'engagent à respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, ils reconnaissent l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaissent également la souveraineté de l'assemblée.
- L'administratrice et l'administrateur respectent les droits et les privilèges des autres administratrices et administrateurs.
- L'administratrice et l'administrateur respectent l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; ils demanderont l'huis-clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.
- Dans le cadre d'une assemblée, l'administratrice et l'administrateur évitent d'afficher leur position par des signes extérieurs. Ils attendent le moment du débat pour exprimer leur position et conservent une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- L'administratrice et l'administrateur ont le droit de faire inscrire nommément leur dissidence au procès-verbal.
- L'administratrice et l'administrateur évitent de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y œuvrent.

Intégrité

- L'administratrice et l'administrateur ne doivent pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre leur impartialité, leur jugement ou leur loyauté.

- L'administratrice et l'administrateur ne doivent pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de leurs fonctions.

Application du code

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
- Toute personne qui est d'avis qu'une administratrice ou qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit la présidente ou le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de cette dernière ou ce dernier, la vice-présidente ou le vice-président.
- La présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
- À défaut par la présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête, tel que mentionné au paragraphe 6.3, trois administratrices et administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
- L'administratrice ou l'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- Les personnes désignées doivent adresser un rapport à la présidente ou au président, ou à la vice-présidente ou au vice-président du conseil d'administration.
- La présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administratrices et administrateurs qu'elle ou qu'il désigne.
- À défaut par la présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président, de constituer le comité mentionné au paragraphe 6.7, trois administratrices et administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administratrices et administrateurs.
- Le comité notifie à l'administratrice ou à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires, ou aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administratrice ou l'administrateur qu'elle ou qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.
- Sur conclusion que l'administratrice ou l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administratrice ou à l'administrateur concerné.
- Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflit d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation.
- Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administratrice ou à l'administrateur concerné.

- Les délibérations de la présidente ou du président, de la vice-présidente ou du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis-clos et sont confidentielles. Seuls l'existence et la nature de la sanction imposée et le nom de l'administratrice ou de l'administrateur visé pourront être rendus publics.
- Les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions ne peuvent être poursuivies en justice, en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Publicité du code

- L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie à l'intention des administratrices et des administrateurs de l'Agence, à toute personne qui en fait la demande.
- Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :
 - o du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - o du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - o de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - o des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière 2008-2009

La déclaration de fiabilité des données

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2008-2009 de l'Agence de la santé et des services sociaux :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité, ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2008-2009.

Signé à Sherbrooke, le 25 mai 2009



D^r Michel Baron
Président-directeur général

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Prévention et contrôle - infections nosocomiales
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ¹ 2007-2008	Cibles ² 2008-2009	Résultats ³ 2008-2009
1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières et d'infirmiers ETC (équivalent temps complet) affectés au programme de prévention des infections nosocomiales	36 %	100 %	64%

Commentaires

Sept établissements sur onze (64 %) de la région ont atteint les ratios recommandés pour l'ensemble de leurs missions.

Par ailleurs, voici les ratios recommandés :

- Ratio en Centre hospitalier universitaire : 1 infirmière/100 lits

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) obtient un ratio de 0,82 infirmière/100 lits pour un nombre total de 732 lits (inclut la mission de courte durée, les civières à l'urgence, les berceaux et les incubateurs, et les lits en psychiatrie). Sur les sept postes d'infirmières et d'infirmiers, un poste est dépourvu de son titulaire.

- Ratio en Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) : 1 infirmière/133 lits

Quatre établissements offrent des services en CHSGS. Parmi ceux-ci, deux établissements atteignent le ratio et deux autres sont en voie de l'atteindre.

- Ratio en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : 1 infirmière/250 lits

En ce qui concerne les CHSLD, cinq établissements sur huit atteignent le ratio recommandé, alors que les trois autres sont en voie de l'atteindre.

- Ratio en soins de longue durée aux adultes avec un diagnostic psychiatrique: 1 infirmière/300 lits

La Maison Blanche de North Hatley atteint ce ratio.

- Ratio en unité de réadaptation fonctionnelle et intensive : 1 infirmière/160 lits

Le Centre de réadaptation Estrie (CRE) atteint le ratio recommandé.

Le suivi de cet indicateur se poursuivra en 2009-2010.

Nom : Nathalie Léonard	Date : 21 mai 2009
-------------------------------	---------------------------

¹Résultats en date du 31 mars 2008

² Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

³ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services infirmiers et psychosociaux généraux		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux, en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs	Résultats ⁴ 2007-2008	Cibles ⁵ 2008-2009	Résultats ⁶ 2008-2009
1.2.2 Nombre d'usagères et d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2 450	2 390	2 949
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usagère et usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,8	3,6	3,2
Commentaires			
La cible régionale pour le nombre d'usagères et d'usagers desservis par les services psychosociaux en centre de santé et de services sociaux (CSSS) est atteinte à la hauteur de 123 %. Tous les CSSS ont dépassé leur cible respective. En ce qui concerne l'intensité de services offerts, la cible régionale n'est pas atteinte. Deux établissements présentent un écart du nombre moyen d'interventions par usager de 0,5, et un autre présente un écart de 1,5. La réorganisation des services psychosociaux généraux (fonctions à l'accueil mieux définies, mise en place de la thérapie brève), ainsi que le transfert d'usagères et d'usagers dans des programmes spécifiques sont des éléments explicatifs qui ont contribué à la diminution de l'intensité de services offerts. Même si l'intensité ne répond pas à l'engagement, le nombre total des interventions est plus élevé que la cible régionale.			
Nom : France Leblanc	Date : 21 mai 2009		

⁴Résultats en date du 31 mars 2008

⁵ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁶ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté, et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ⁷ 2007-2008	Cibles ⁸ 2008-2009	Résultats ⁹ 2008-2009
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	6 204	6 937	6383
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	31,7	28,3	32,1

Commentaires

La cible est atteinte à 92 % pour le nombre d'usagères et d'usagers. Le nombre moyen d'interventions par personne est de 13 % supérieur à la cible 2008-2009.

Mentionnons que 40 % de 6383 clientes et clients desservis cette année ont accès à un service de gestion de cas, visant à mieux coordonner l'ensemble des services qu'ils requièrent. Il s'agit d'une augmentation de 4 % par rapport à l'an dernier. Toutefois, notons que la charge de cas moyenne en gestion de cas est inférieure à la charge de cas des autres intervenantes et intervenants, et ce, en lien avec la nature même de cette fonction. Il est à noter que le pourcentage des interventions pour les services professionnels sur le total des services SAD (Soutien à domicile) et PALV (Perte d'autonomie liée au vieillissement) représente 46 %, ce qui est près de la moyenne provinciale qui se situe à 44 %.

Perspectives 2009-2010

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) poursuivent leurs efforts afin de rejoindre les cibles ministérielles et régionales visées.

Rappelons que la cible 2010 consiste à desservir 16 % de la population de 65 ans et plus, soit 7 911 usagères et usagers.

En 2008-2009, le taux de desserte est stable à 13 %, alors qu'en 2007-2008, le taux était de 13,4 %. En ce qui concerne le nombre moyen d'interventions, la cible 2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de 24, est largement dépassée.

Nom : Linda Dieleman

Date : 21 mai 2009

⁷Résultats en date du 31 mars 2008

⁸Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁹Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 %, et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ¹⁰ 2007-2008	Cibles ¹¹ 2008-2009	Résultats ¹² 2008-2009
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,35	3,35	3,30
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,27	0,27	0,27

Commentaires

Les CHSLD de la région de l'Estrie respectent et dépassent les cibles ministérielles visées en 2010, soit de trois heures pour l'indicateur 1.3.3, et de 0,23 heure pour l'indicateur 1.3.4.

Perspectives 2009-2010

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) poursuivent leurs efforts pour maintenir le niveau de services requis en respectant l'atteinte des cibles ministérielles et régionales visées, considérant l'absence de budget de développement dans ces secteurs d'activités.

D'autre part, les établissements concernés se concentrent spécifiquement sur la formation du personnel et la réorganisation du travail dans le cadre de la déprofessionnalisation des soins infirmiers.

Nom : Denis Beaulieu

Date : 21 mai 2009

¹⁰Résultats en date du 31 mars 2008

¹¹ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

¹² Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins, en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.
----------------------------------	---

Indicateurs	Résultats ¹³ 2007-2008	Cibles ¹⁴ 2008-2009	Résultats ¹⁵ 2008-2009
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 442	1 784	1 447
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usagère et usager (déficience physique)	38,0	29,4	41,8

Commentaires

Le nombre d'usagères et d'usagers s'est légèrement accru par rapport à l'an dernier, mais demeure sous la cible visée en 2008-2009. La cible est atteinte à 81 %.

En contrepartie, la fréquence d'interventions auprès de ces personnes est élevée et la cible régionale est dépassée.

Malgré le faible volume de clientèle atteint, les listes d'attente des établissements ne reflètent pas de problèmes de prise en charge pour cette clientèle.

Perspectives 2009-2010

Les efforts sont à poursuivre afin de se rapprocher de la cible du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de 2 200 usagères et usagers, et de développer des stratégies de recrutement de la clientèle. Le nombre moyen d'interventions dépasse presque du double la cible du MSSS, qui est de 21,5.

Nom : Sherley Jones**Date :** 21 mai 2009

¹³Résultats en date du 31 mars 2008

¹⁴ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

¹⁵ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées, en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ¹⁶ 2007-2008	Cibles ¹⁷ 2008-2009	Résultats ¹⁸ 2008-2009
1.4.3 Nombre d'usagères et usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	337	307	337

Commentaires

La cible est atteinte à 110 %.

Des efforts sont à faire en 2009-2010 afin de se rapprocher de la cible du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de 437 usagères et usagers.

Nom : Sherley Jones

Date : 21 mai 2009

¹⁶Résultats en date du 31 mars 2008

¹⁷ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

¹⁸ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services spécialisés – déficience physique
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ¹⁹ 2007-2008	Cibles ²⁰ 2008-2009	Résultats ²¹ 2008-2009
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	3 202	3 218	3 437

Commentaires

Voici l'évolution de la clientèle vue au Centre de réadaptation Estrie (CRE), par rapport aux résultats de l'an dernier, aux cibles 2010 et aux cibles 2008-2009 :

	Cible 2010	Réel 2007-2008	Cible 2008-2009	Réel 2008-2009
Déf. motrice	1322	1363	1415	1389
Déf. visuelle	670	730	730	737
Déf. auditive	298	518	458	628
Déf. langage	411	591	615	683
TOTAL	2701	3201	3218	3437

Le réel 2008-2009 excède de 7,4 % le réel 2007-2008, et de 27,2 % la cible 2010. L'effet conjugué de la réorganisation des services, l'ajout de personnel et une meilleure gestion des priorités d'intervention ont permis d'atteindre ces résultats. En déficience motrice, l'effort des autres secteurs a permis de minimiser la diminution de la référence de la clientèle traumatisée couverte par l'entente de la Société de l'assurance automobile du Québec (92 usagers et usagers de moins en 2008-2009, par rapport à 2004-2005). En déficience visuelle, les résultats sont demeurés relativement stables, malgré le remplacement d'un intervenant senior par une intervenante récemment diplômée universitaire. En 2009-2010, une autre senior prendra sa retraite dans ce secteur. Pour ce programme, qui compte 3,5 équivalent temps plein, ces départs ont un effet majeur sur la productivité. En déficience auditive, une révision du continuum Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) - CRE a amené une augmentation de la référence. Un ajout temporaire de ressources a permis cette année d'améliorer de façon notable la capacité d'accueil du programme, sans pouvoir maintenir la liste d'attente au niveau de l'an dernier. Les sommes de développement sont attendues entre autres dans ces deux derniers secteurs, pour permettre à la clientèle de bénéficier d'une accessibilité de services adaptée à ces changements et au vieillissement de la population.

Nom : Sherley Jones

Date : 21 mai 2009

¹⁹Résultats en date du 31 mars 2008

²⁰ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

²¹ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins, en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.
---	---

Indicateurs	Résultats²² 2007-2008	Cibles²³ 2008-2009	Résultats²⁴ 2008-2009
1.5.11 Nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les centres de santé et de services sociaux (mission CLSC)	564	660	812
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usagère et usager DI-TED	11,5	10,1	9,8

Commentaires

La cible est atteinte à 123 % pour le nombre d'usagères et d'usagers.

Bien que la fréquence d'interventions ait diminué légèrement comparativement à 2007-2008, le nombre d'interventions a augmenté de 1 550 interventions.

Perspectives 2009-2010

La cible du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est déjà atteinte pour le nombre d'usagères et d'usagers, soit près du double (407 usagères et usagers). Des efforts sont à poursuivre afin de se rapprocher de la cible du MSSS de douze interventions par usagère et usager.

Nom : Sherley Jones

Date : 21 mai 2009

²²Résultats en date du 31 mars 2008

²³ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

²⁴ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées, en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.
---	--

Indicateurs	Résultats²⁵ 2007-2008	Cibles²⁶ 2008-2009	Résultats²⁷ 2008-2009
1.5.13 Nombre d'utilisateurs ayant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	448	439	462

Commentaires

La cible est atteinte à 105 % pour le nombre d'utilisateurs et d'utilisatrices.

Perspectives 2009-2010

La cible du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2010, de 422 utilisateurs et utilisatrices, est déjà dépassée.

Nom : Sherley Jones

Date : 21 mai 2009

²⁵Résultats en date du 31 mars 2008

²⁶ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

²⁷ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté
--------------	--

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux, en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux, en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans, et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions par année, par usagère et usager.
---	--

Indicateurs	Résultats²⁸ 2007-2008	Cibles²⁹ 2008-2009	Résultats³⁰ 2008-2009
1.6.1 Nombre d'usagères et d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	3 996	4 510	4 741
1.6.2 Nombre moyen d'intervention par usagère et usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,8	8,0	7,5

Commentaires

En 2008-2009, les résultats concernant le volume de clientèle Jeunes en difficulté dépassent les cibles. En fait, 4741 jeunes ont bénéficié de services psychosociaux comparativement à 4510 attendus (105 %). Tous les établissements ont contribué à ce succès en rehaussant leur volume de clientèle rejointe. Ces résultats représentent également une nette amélioration comparativement à l'année précédente.

Quant à l'intensité des interventions reçues par la clientèle Jeunes en difficulté de la région, la cible régionale 2008-2009 est atteinte à 94 %. En considérant la cible nationale de 7, le volume supplémentaire de clientèle rejointe par les établissements, ainsi que les résultats antérieurs au niveau de l'intensité des interventions, on estime que les établissements ont relevé un défi important de productivité, d'autant plus que certains ont particulièrement rencontré des mouvements de personnel.

Perspectives 2009-2010

Les cibles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sont déjà dépassées (4 414 usagères et usagers, et sept interventions par usagère et usager).

Mentionnons que dès l'automne 2009, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) s'engageront dans l'implantation d'un service d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu, ainsi que dans une programmation intégrée en négligence. Ces programmes permettront d'offrir une intervention spécifique exigeant une intensité plus soutenue.

Nom : Sandra Brassard

Date : 21 mai 2009

²⁸Résultats en date du 31 mars 2008

²⁹ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

³⁰ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu, et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	Résultats ³¹ 2007-2008	Cibles ³² 2008-2009	Résultats ³³ 2008-2009
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la protection de la jeunesse	23,9	13,5	11,7
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	25,5	30,0	16,2
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	9,3	14,0	6,5
1.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	4,0	7 / 1000	4,0

Commentaires

En 2008-2009, toutes les attentes en regard des services de deuxième ligne pour les jeunes estriens en difficulté ont été rencontrées.

Ainsi, le délai moyen d'attente à l'évaluation à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) est de 11,7 jours, comparativement à 13,5 jours attendus, ce qui représente aussi une nette amélioration comparativement à l'année précédente. La DPJ a d'ailleurs investi particulièrement dans ce dossier en multipliant les efforts pour diminuer une liste d'attente importante à cette étape de traitement des signalements. Concernant le délai moyen d'attente à l'application des mesures, la situation s'est également grandement améliorée depuis l'an dernier, passant de 25,5 jours en 2007-2008, à 16,2 jours en 2008-2009. À la suite d'un début d'année plus exigeant, ce délai a diminué de façon appréciable.

Quant au délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA, durant toute l'année, les résultats ont été inférieurs aux attentes pour finalement dégager 6,5 jours d'attente, comparativement à 14 ciblés. Ce résultat représente aussi une amélioration comparativement à l'année 2007-2008.

Enfin, le taux de nouveaux placements au Centre jeunesse de l'Estrie (CJE) demeure peu élevé, tout comme l'année précédente, à 4,0 comparativement à 7/1000.

Perspectives 2009-2010

Le CJE atteint déjà les cibles visées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Nom : Sandra Brassard	Date : 21 mai 2009
------------------------------	---------------------------

³¹Résultats en date du 31 mars 2008

³² Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

³³ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Jeu pathologique
--------------	-------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ³⁴ 2007-2008	Cibles ³⁵ 2008-2009	Résultats ³⁶ 2008-2009
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	100	158	119

Commentaires

En Estrie, le volume de clientèle ayant bénéficié de services spécialisés en jeu pathologique s'est stabilisé en 2008-2009 pour atteindre 119 usagères et usagers. Le Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges a poursuivi ses efforts pour rejoindre cette clientèle et, bien que la cible de 158 usagères et usagers ne soit pas atteinte, ce résultat représente tout de même une légère hausse comparativement à l'année précédente (19 %). Par ailleurs, ajoutons que l'établissement a rejoint un nombre de proches de joueurs pathologiques plus élevé en 2008-2009, soit 26 proches comparativement à 16 proches en 2007-2008.

Nom : Sandra Brassard

Date : 21 mai 2009

³⁴Résultats en date du 31 mars 2008

³⁵ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

³⁶ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : • En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitantes et habitants) • En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitantes et habitants)		
Indicateurs	Résultats ³⁷ 2007-2008	Cibles ³⁸ 2008-2009	Résultats ³⁹ 2008-2009
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	190,4	413,0	245,1
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	10,2	80,0	12,7
Commentaires			
1.8.5 L'offre de service de SIV (Soutien intensité variable) dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS), « telle que mesurée », ne rencontre pas les engagements convenus pour cinq CSSS sur sept. Dans les CSSS (mission CLSC), le nombre de personnes rejointes par cette offre de service correspond à 483 usagers et usagers, soit 2,5 fois le nombre de places (194). C'est un taux de roulement beaucoup trop important quand on considère que la durée prévisible de ce service de réadaptation est en moyenne d'une année. Aussi, les 51 places comptabilisées au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et au Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges devront être soustraites du calcul, puisqu'elles ne correspondent plus à la définition de SIV. Le résultat régional se situe à 41 % sous l'engagement. 1.8.6 Le nombre de places en suivi intensif est demeuré sensiblement le même au cours de la présente année. La compréhension et l'appropriation des mandats respectifs de la première et la deuxième ligne impliquent des changements importants dans les façons de desservir la clientèle en santé mentale. Un comité de travail portant sur le continuum de services a été mis sur pied par le CHUS et le Centre de santé et de services sociaux -Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). L'objectif de ce comité de travail est d'obtenir une vision claire du parcours clinique de la clientèle, de la hiérarchisation des services, ainsi que de la mise en œuvre des mandats et des responsabilités à partager. Différentes actions visant à consolider le partenariat entre les différentes équipes sont en cours ou en préparation. Le transfert progressif de la clientèle desservie par les intervenantes et les intervenants du CHUS, en ressource de type familial, en ressource intermédiaire et en suivi d'intensité variable, va permettre de libérer des intervenantes et des intervenants qui seront, par la suite, affectés à des services de réadaptation intensive en internat et de suivi intensif en équipe dans la communauté. Une mini-équipe de suivi intensif sera en opération d'ici la fin de l'automne 2009. Perspectives 2009-2010 À nouveau, l'année 2009-2010 sera une année de définition des contours cliniques et de hiérarchisation des services.			
Nom : Liane Savard	Date : 21 mai 2009		

³⁷Résultats en date du 31 mars 2008³⁸Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.³⁹Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services d'urgence – santé mentale
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale : • Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins • 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ⁴⁰ 2007-2008	Cibles ⁴¹ 2008-2009	Résultats ⁴² 2008-2009
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	19,0	18,0	21,6
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	9,9 %	9,0 %	11,0

Commentaires

La durée moyenne de séjour des patients sur civière pour un problème de santé mentale a augmenté comparativement à l'an dernier, passant de 19,0 à 21,6. La problématique des lits sur les unités de soins occupés par des patients en attente de relocalisation demeure entière et explique, notamment, la contre performance du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Ceci dit, nous ne devons pas négliger non plus un alourdissement des besoins et de la condition de la clientèle qui se présente à l'urgence psychiatrique régionale.

En 2008-2009, il y avait en moyenne dix patients dans les lits dressés du CHUS en attente de transfert vers une ressource non institutionnelle. Depuis quelques mois, ce nombre augmente. L'établissement devra se pencher sur cette situation avec ses partenaires, car un certain nombre de ces situations pourraient être corrigées en modifiant des pratiques d'intégration en ressource dans la communauté, avec l'objectif d'éliminer les délais indus. La disponibilité de places de transition, dédiées à la clientèle en attente de relocalisation, fait aussi partie des solutions à envisager dans les meilleurs délais. Un cadre de référence portant sur l'admission, le transfert et le congé des patients a été élaboré et implanté en janvier 2009 au CHUS. Résultat escompté : mouvements plus fluides au niveau des lits et diminution du délai d'attente à l'urgence pour la santé mentale. Les résultats commencent déjà à se faire sentir, mais sont masqués malheureusement par le nombre de lits non disponibles en raison des attentes de relocalisation.

Enfin, des rencontres avec des représentantes et des représentants clinico-administratifs et médicaux de l'urgence générale vont bon train et nous permettent d'envisager des solutions réalistes et payantes au niveau de la diminution du séjour moyen sur civière, tant à l'urgence générale qu'en santé mentale.

Un « task force » réunissant des représentantes et des représentants de l'Agence, du CHUS et du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) a aussi permis de dégager des conditions gagnantes pour diminuer la durée moyenne de séjour à l'urgence santé mentale, en mettant à contribution l'ensemble des partenaires du réseau. Ces pistes de solutions, identifiées avant, pendant et après le séjour à l'urgence, devraient soutenir la diminution de la durée de séjour.

Nom : Liane Savard

Date : 21 mai 2009

⁴⁰Résultats en date du 31 mars 2008

⁴¹ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁴² Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de première ligne – santé mentale
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte, par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS), en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ⁴³ 2007-2008	Cibles ⁴⁴ 2008-2009	Résultats ⁴⁵ 2008-2009
1.8.9 Nombre d'usagères et d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	2 507	3 722	3 259

Commentaires

La région se retrouve globalement à 12 % sous l'engagement déboursé avec une moins bonne performance sur le plan de la santé mentale jeunesse (16 % sous l'engagement).

L'implantation des guichets d'accès en santé mentale (adulte) et l'arrivée des psychiatres répondants dans chacune des équipes en santé mentale des CSSS, a beaucoup mobilisé les équipes cette année et devraient permettre la consolidation des services spécifiques de santé mentale, notamment avec les médecins omnipraticiens du territoire.

L'organisation des services de santé mentale jeunesse en première ligne fera l'objet de travaux particuliers en 2009-2010.

Un comité de travail sur le continuum de services a été mis en place par le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). Un cadre de référence est actuellement en processus de consultation. Ce cadre de référence permettra de définir l'offre de service en santé mentale. Le document s'appuie sur une méthodologie très rigoureuse et impliquant un partenariat beaucoup mieux balisé.

Nom : Liane Savard

Date : 21 mai 2009

⁴³Résultats en date du 31 mars 2008

⁴⁴ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁴⁵ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de deuxième ligne – santé mentale
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ⁴⁶ 2007-2008	Cibles ⁴⁷ 2008-2009	Résultats ⁴⁸ 2008-2009
1.8.10 Nombre d'usagères et d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	130	80	70

Commentaires

En 2007-2008, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a mis sur pied un service de triage lui permettant de traiter, de prioriser et d'orienter, avec un gain d'efficacité spectaculaire, toutes les demandes de consultations adressées.

En 2008-2009, le travail exceptionnel de l'équipe lui a permis de diminuer le nombre d'usagères et d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne était supérieur à 60 jours.

L'ambition du CHUS est d'atteindre le chiffre magique de 0 personne en attente pour plus de 60 jours au cours de l'année 2009-2010.

Nom : Liane Savard

Date : 21 mai 2009

⁴⁶ Résultats en date du 31 mars 2008

⁴⁷ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁴⁸ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services d'urgence – santé physique
--------------	--

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : • Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; • 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ⁴⁹ 2007-2008	Cibles ⁵⁰ 2008-2009	Résultats ⁵¹ 2008-2009
1.9.1 Séjour moyen sur civière	11,0	10,8	11,0
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13,1	13,0	12,6
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	1,7 %	2,0 %	1,5 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	2,4 %	1,9 %	1,5 %

Commentaires

Le séjour moyen sur civière à l'urgence en région étant de 11 heures, l'Estrie se retrouve parmi les régions les plus performantes du Québec. En effet, la moyenne du Québec est de 17,1 heures.

Le séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans en région est de 12,6 heures, tandis que la moyenne du Québec se situe à 23,2 heures. L'Estrie agit à titre de chef de file au niveau des délais sur civière auprès de cette clientèle. Ce succès est en partie attribuable à l'étroite collaboration des partenaires du réseau.

Le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière en Estrie est de 1,5 %. Des travaux sont en cours pour diminuer ces délais sur civière, notamment au niveau de la santé mentale au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Toutefois, la performance de l'Estrie, toutes clientèles confondues, est nettement meilleure que la moyenne du Québec qui est de 6,4 %.

Le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus en Estrie est de 1,5 %, soit le même pourcentage atteint pour la population en général. Beaucoup d'efforts sont déployés au CHUS et dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) du réseau, afin de rencontrer cette performance remarquable; la moyenne du Québec étant de 8,7 %.

Nom : Louise Lemire**Date :** 21 mai 2009⁴⁹Résultats en date du 31 mars 2008⁵⁰ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.⁵¹ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soins palliatifs
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats ⁵² 2007-2008	Cibles ⁵³ 2008-2009	Résultats ⁵⁴ 2008-2009
1.9.5 Nombre d'usagères et d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	730	869	717
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usagère et usager en soins palliatifs à domicile	24,0	17,2	22,3

Commentaires

1.9.5

Le nombre d'usagères et d'usagers est atteint à 82 %. Par contre, aucune clientèle n'est en attente pour ce service.

1.9.6

Le nombre moyen d'interventions est largement dépassé, ainsi que le nombre total d'interventions.

Nom : Denyse Lamontagne

Date : 21 mai 2009

⁵² Résultats en date du 31 mars 2008

⁵³ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁵⁴ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Lutte contre le cancer
--------------	-------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines.
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ⁵⁵ 2007-2008	Cibles ⁵⁶ 2008-2009	Résultats ⁵⁷ 2008-2009
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	99,6 %	90,0 %	96,5 %

Commentaires

Au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), le système SOCRATE est utilisé et permet une meilleure gestion des rendez-vous, ainsi qu'une meilleure coordination du travail à effectuer, et ce, malgré une pénurie de technologues en radio-oncologie.

On note un dépassement de la cible, malgré la fluctuation, et une baisse depuis janvier. Le nombre de patients en attente a augmenté et il y a eu dépassement des quatre semaines prévues, sans toutefois descendre sous les 90 %.

Différents éléments occasionnent cette baisse :

- Vacances, absence pour congé de maladie et pour congé de maternité, départ à la retraite chez les technologues;
- Vacances des radio-oncologues;
- Bris d'appareils fréquents;
- Installation de l'appareil de curiethérapie : réaménagement des horaires.

Mesures mises en place :

- Ajout de nouvelles plages-horaire en semaine et le samedi jusqu'au retour à la normale;
- Arrivée d'un nouveau radio-oncologue;
- Réorganisation au niveau du travail, qui est un projet financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), afin d'optimiser le travail du personnel professionnel, particulièrement celui des technologues d'où le dépassement de la cible prévue. Le CHUS attribue principalement le résultat 2008-2009 à cette réorganisation.

Perspectives 2009-2010

Considérant le manque de technologues dans le service de radio-oncologie et l'augmentation du nombre de patients par priorités 1 et 2 qui lui sont adressés, le CHUS poursuit ses efforts pour maintenir l'atteinte de la cible.

Nom : Denyse Lamontagne

Date : 21 mai 2009

⁵⁵Résultats en date du 31 mars 2008

⁵⁶ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁵⁷ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Cardiologie tertiaire
--------------	------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ⁵⁸ 2007-2008	Cibles ⁵⁹ 2008-2009	Résultats ⁶⁰ 2008-2009
1.9.8 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Catégorie A	98 %	100 %	99 %
Catégorie B	86 %	90 %	95 %

Commentaires

En janvier 2008, il y a eu la création de l'unité court-séjour en cardiologie au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). L'objectif de cette unité était de désengorger les urgences. L'impact pour le service d'hémodynamie, en regard d'une meilleure accessibilité des lits, est que plusieurs procédures ont pu être effectuées dans les délais prévus.

On note une atteinte de la cible pour la catégorie A et un dépassement de 6 %.

Nom : Denyse Lamontagne

Date : 21 mai 2009

⁵⁸ Résultats en date du 31 mars 2008

⁵⁹ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁶⁰ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Cardiologie tertiaire
--------------	------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ⁶¹ 2007-2008	Cibles ⁶² 2008-2009	Résultats ⁶³ 2008-2009
1.9.9 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque			
Catégorie A	86 %	100 %	87 %
Catégorie B	58 %	90 %	69 %

Commentaires

Pour les chirurgies cardiaques, les priorités 1 et 2 sont toujours priorisées. Par contre, la disponibilité des ressources (anesthésistes, infirmières) et l'ensemble des spécialités chirurgicales, pour lesquelles l'accessibilité doit être assurée, limitent le nombre de disponibilités opératoires pour les chirurgies cardiaques.

Nom : Denyse Lamontagne

Date : 21 mai 2009

⁶¹Résultats en date du 31 mars 2008

⁶² Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁶³ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Cardiologie tertiaire
--------------	------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électrophysiologie
----------------------------------	---

Indicateurs	Résultats ⁶⁴ 2007-2008	Cibles ⁶⁵ 2008-2009	Résultats ⁶⁶ 2008-2009
1.9.10 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie			
Catégorie A	96 %	100 %	99 %
Catégorie B	35 %	60 %	19 %

Commentaires

On note une amélioration et une atteinte de la cible pour la catégorie A.

Pour la catégorie B, le pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais attendus sera atteint lorsque la salle entièrement dédiée à l'électrophysiologie sera en fonction, c'est-à-dire en septembre 2009, et qu'un budget de fonctionnement sera octroyé.

Nom : Denyse Lamontagne

Date : 21 mai 2009

⁶⁴Résultats en date du 31 mars 2008

⁶⁵ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁶⁶ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Chirurgie
--------------	------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	S'assurer que les patients en attente pour un remplacement articulaire de la hanche, du genou ou une chirurgie de la cataracte soient traités à l'intérieur du délai prescrit qui est de six mois.
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ⁶⁷ 2007-2008	Cibles ⁶⁸ 2008-2009	Résultats ⁶⁹ 2008-2009
1.9.20 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	65 %	100 %	79 %
1.9.21 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	72 %	100 %	70 %
1.9.22 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	98 %	90 %	99 %

Commentaires

Au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), il y a un travail quotidien afin d'améliorer les performances. Des procédures et des outils sont en implantation pour assurer un meilleur suivi de la clientèle. Un suivi de non-disponibilité des patients est en amélioration constante, ce qui donnera le temps réel d'attente de la clientèle.

Le CHUS a fait 40 « deuxième offre » pour les personnes en attente d'une arthroplastie totale du genou, et 8 pour les personnes en attente d'une arthroplastie totale de la hanche. Ces offres ont toutes été refusées en raison du lien de confiance établi avec leur chirurgien.

La majorité des personnes hors-délais pour les arthroplasties totales du genou appartiennent au même chirurgien. Une entente de projet pilote a été mise en place entre le CHUS et le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Memphrémagog, afin de diminuer la liste d'attente de ce chirurgien et y réaliser 40 arthroplasties totales du genou. Cette entente a débuté en avril 2009.

Pour la chirurgie de la cataracte, la cible est toujours atteinte, autant au CHUS qu'au CSSS du Granit.

Nom : Denyse Lamontagne

Date : 21 mai 2009

⁶⁷Résultats en date du 31 mars 2008

⁶⁸ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁶⁹ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Prévention et contrôle - infections nosocomiales
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.
----------------------------------	--

Indicateurs		Résultats ⁷⁰ 2007-2008	Cibles ⁷¹ 2008-2009	Résultats ⁷² 2008-2009
2.2.2 Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et en salubrité	Répertoire	75 %	100 %	54 %
	Catégorisation	50 %	100 %	54 %
	Accord responsable	35 %	100 %	38 %
	Accord au c/a	30 %	100 %	43 %
	Désignation resp.	30 %	100 %	37 %

Commentaires

Trois établissements sur onze concernés par cet indicateur ont réalisé les cinq étapes des lignes directrices en hygiène et salubrité.

Par ailleurs, l'ensemble des établissements ont amorcé les démarches.

Mentionnons qu'en 2007-2008, cet indicateur concernait les établissements avec mission CHSLD seulement, alors qu'en 2008-2009, il inclut la mission CLSC et la réadaptation en déficience motrice, d'où les écarts entre les deux années.

En 2009-2010, le suivi de cet indicateur se poursuivra. La formation offerte aux responsables en hygiène et en salubrité dans les établissements permettra l'appropriation des lignes directrices et le développement des compétences dans ce domaine.

Nom : Nathalie Léonard

Date : 21 mai 2009

⁷⁰Résultats en date du 31 mars 2008

⁷¹Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁷²Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :		Personnel du réseau et du Ministère		
Objectifs de résultats 2005-2010		Améliorer la gestion de la présence au travail		
Indicateurs		Résultats⁷³ 2007-2008	Cibles⁷⁴ 2008-2009	Résultats⁷⁵ 2008-2009
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées		5,89 %	5,89 %	5,62 % (P12) N/D (P13)

Commentaires

Le résultat de 2008-2009 est basé sur le résultat de treize établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Ce résultat démontre une meilleure performance que l'année dernière. Huit établissements sur treize ont atteint leur cible, et cinq ne l'ont pas atteinte.

L'Agence poursuit l'effort régional en visant un engagement de 5,72 % en 2009-2010.

Nom : Nicole Berthiaume

Date : 21 mai 2009

⁷³Résultats en date du 31 mars 2008

⁷⁴ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁷⁵ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Personnel du réseau et du Ministère		
Objectifs de résultats 2005-2010	Réduire les heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier.		
Indicateurs	Résultats ⁷⁶ 2007-2008	Cibles ⁷⁷ 2008-2009	Résultats ⁷⁸ 2008-2009
3.2 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier	4,29 %	3,87 % (100 %)	4,91 % (P12) (50 % des étab.)

Commentaires

Le résultat de 2008-2009 est basé sur le résultat de dix établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

On note que 50 % des établissements sont considérés comme ayant respecté leur ratio et ont ainsi atteint l'objectif visé.

Les résultats indiquent une moins bonne performance que l'année dernière. Cependant, on poursuit les efforts afin de réduire les heures supplémentaires dans la région en 2009-2010.

Nom : Nicole Berthiaume

Date : 21 mai 2009

⁷⁶Résultats en date du 31 mars 2008

⁷⁷ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁷⁸ Résultats en date du 31 mars 2009

Fiche de reddition de comptes

Axe :		Personnel du réseau et du Ministère		
Objectifs de résultats 2005-2010		Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier.		
Indicateurs		Résultats⁷⁹ 2007-2008	Cibles⁸⁰ 2008-2009	Résultats⁸¹ 2008-2009
3.3 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier		ND	100 %	0,54 % (P12) (100 % des étab.)

Commentaires

Le résultat de 2008-2009 est basé sur le résultat de dix établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

On note que 100 % des établissements sont sous la moyenne provinciale de la catégorie de leur établissement et ont ainsi atteint l'objectif visé de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier.

Nom : Nicole Berthiaume

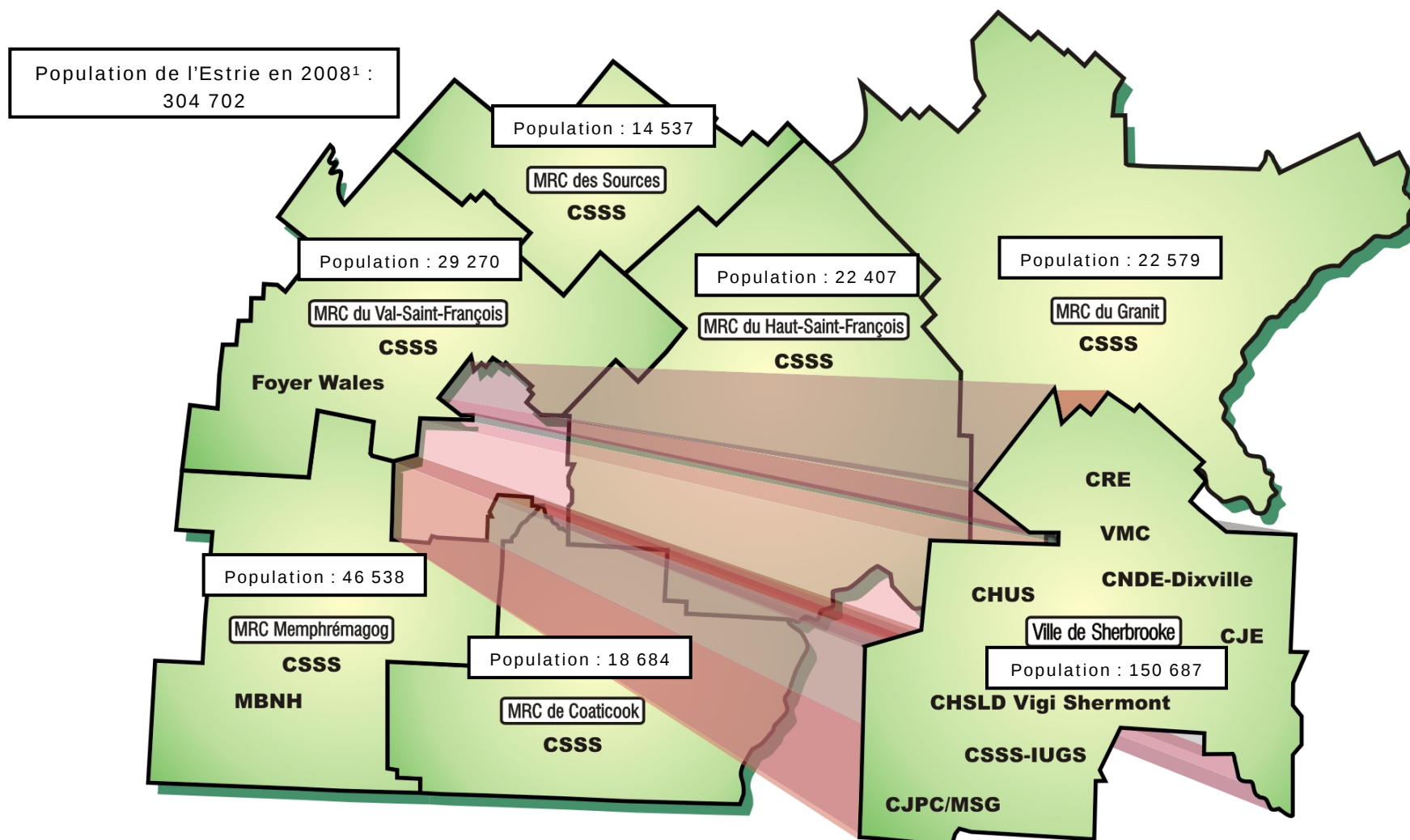
Date : 21 mai 2009

⁷⁹Résultats en date du 31 mars 2008

⁸⁰ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2008-2009.

⁸¹ Résultats en date du 31 mars 2009

Le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie



¹ **Source** : Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Service des statistiques sociales et démographiques. Estimations de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2006, version du 14 avril 2009 (découpage en vigueur le 1^{er} janvier 2009).

Note : Les données de l'année 2008 sont des données provisoires.

Dépôt légal

ISBN 978-2-923743-10-3 (version imprimée)

ISBN 978-2-923743-11-0 (version PDF)

Bibliothèque et archives nationales du Québec
Bibliothèque et archives du Canada

Siège Social

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Tél. : 819 566-7861

Ressources informationnelles

295, rue Olivier
Sherbrooke (Québec) J1H 1X4
Tél. : 819 566-7861

**Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie**

Québec 

Le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie, c'est :

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke • CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke • CSSS des Sources • CSSS de la MRC-de-Coaticook • CSSS du Granit • CSSS du Haut-Saint-François • CSSS du Val-Saint-François • CSSS de Memphrémagog • Centre jeunesse de l'Estrie • Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges (centre de réadaptation – santé mentale et toxicomanie) • Regroupement CNDE-Dixville (centre de réadaptation – déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement) • Centre de réadaptation Estrie (réadaptation physique) • Villa Marie-Claire (centre de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation) • La Maison Blanche de North Hatley inc. (centre d'hébergement pour personnes ayant des problèmes de santé mentale) • Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont (centre pour personnes en perte d'autonomie)