

A photograph of a sunset or sunrise with the sun low on the horizon, partially obscured by the dark silhouettes of evergreen trees. The light creates a warm, golden glow.

Agence de la santé et
des services sociaux de

l'Abitibi-Témiscamingue

A faded, light-colored photograph of a forest scene with bare tree branches, serving as a background for the lower text.

Rapport annuel *de gestion*

2010-2011

Adopté par résolution du conseil d'administration le 28 septembre 2011

Ce document a été réalisé par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9^e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 1 819 764-3264
Télécopieur : 1 819 797-1947
Site Web : www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Manon Cliche, agente administrative, pour la conception graphique,
sous la coordination de Nicole Desgagnés, directrice de l'organisation des
services sociaux et ententes de gestion, en collaboration avec le personnel de
toutes les directions et service.

ISBN : 978-2-89391-527-2 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89391-528-9 (version pdf)

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2011
Dépôt légal – Bibliothèque et archives Canada, 2011

Note : Afin de ne pas alourdir les textes, le masculin inclut le féminin.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée. Ce document est également disponible en médias substitués, sur demande.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	vii
Liste des tableaux.....	xi
Mot de la présidente du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale	xiii
Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents	xv

Section 1

Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence

Mission, territoire, population	3
Plan d'organisation, organigramme et effectifs de l'Agence	4
Communications	6
Réseau d'établissements de santé et de services sociaux	7
Organismes communautaires	8
Conseil d'administration	8
Instances consultatives	9
↳ Commission infirmière régionale (CIR)	9
↳ Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)	10
↳ Comité de vigilance et de la qualité.....	11
↳ Comité régional d'accès aux services en langue anglaise.....	11
↳ Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	12
↳ Département régional de médecine générale (DRMG)	14
↳ Forum de la population	15
↳ Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (Table des chefs)	15

Section 2

Activités de l'Agence

Grands défis de l'année	19
↳ Amélioration de l'alimentation en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	19
↳ Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	19
↳ Développement des communautés.....	19
↳ Formation en cuisine santé.....	20
↳ Offre de service régionale en dépendance	20
↳ Organisation des soins de première ligne.....	21
↳ Plan régional d'effectifs médicaux en médecine spécialisée 2011-2015	21
↳ Programme autogestion des soins en maladies chroniques	21
Affaires médicales.....	23
↳ Groupes de médecine de famille	23
↳ Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialité	24
↳ Unité de médecine familiale	26
↳ Clientèle orpheline.....	27
↳ Réseau universitaire intégré de santé McGill	27

Activités régionales en santé et services sociaux.....	28
↳ Amélioration de la qualité des services.....	28
▪ Agrément des établissements.....	28
▪ Comité des usagers.....	28
▪ Gestion de risques par les établissements.....	29
▪ Plaintes à l'Agence et dans les établissements.....	29
▪ Recommandations du coroner.....	31
▪ Plan d'action à l'égard des personnes handicapées.....	31
↳ Communautés autochtones.....	32
↳ Services préhospitaliers d'urgence.....	34
↳ Violence faite aux femmes.....	36

Programmes de Services

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.....	37
↳ Activités de jour et répit-dépannage.....	37
↳ Services spécialisés – Troubles envahissants du développement.....	38
↳ Soutien à domicile – Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.....	39
Déficience physique.....	40
↳ Services spécialisés.....	40
↳ Soutien à domicile.....	40
↳ Soutien à domicile – Allocation directe.....	41
Dépendances.....	42
↳ Jeu pathologique.....	42
↳ Toxicomanie - Services de première ligne.....	42
↳ Dépendance aux opioïdes.....	43
Jeunes en difficulté.....	45
↳ Équipe d'intervention jeunesse.....	45
↳ Expertise psychosociale.....	45
↳ Programme de qualification des jeunes.....	46
↳ Jeunes et leur famille en difficulté – Services de première ligne.....	46
↳ Jeunes et leur famille en difficulté – Services de deuxième ligne.....	47
↳ Services d'intervention en situation de crise.....	47
↳ Services en négligence.....	48
Perte d'autonomie liée au vieillissement.....	49
↳ Certification des résidences privées pour personnes âgées.....	49
↳ Maintien dans la communauté – Soutien des proches aidants.....	50
↳ Services dans la communauté – Perte d'autonomie liée au vieillissement.....	50
↳ Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée.....	51
Santé mentale.....	52
↳ Services de crise et d'intégration dans la communauté.....	52
↳ Services de première ligne.....	53
↳ Services de première ligne – Équipe en santé mentale.....	54
↳ Services de deuxième ligne.....	54
↳ Services d'intégration dans la communauté.....	56

Santé physique	57
↳ Agrément des maisons de soins palliatifs.....	57
↳ Centre virtuel en santé et services sociaux	57
↳ Chirurgie	58
↳ Continuum de services en traumatologie	58
↳ Infertilité et services de procréation assistée	59
↳ Lutte contre le cancer.....	59
↳ Maladies chroniques	61
↳ Soins palliatifs	62
Santé publique	63
↳ Habitudes de vie et maladies chroniques – Dépistage du cancer du sein.....	63
↳ Prévention des maladies chroniques.....	64
↳ Jeunes et famille – Animation de jeunes en milieu rural	64
↳ Jeunes et famille – Promotion et prévention	65
↳ Prévention des chutes chez les personnes âgées.....	67
↳ Maladies infectieuses – Immunisation	67
↳ Maladies infectieuses – Prévention des infections transmissibles sexuellement	68
et par le sang	69
↳ Prévention et contrôle - Infections nosocomiales.....	69
↳ Santé au travail.....	70
↳ Santé environnementale	71
↳ Surveillance de l'état de santé	72
Services généraux	72
↳ Services infirmiers et psychosociaux généraux	72

Programmes de Soutien

Administration et soutien aux services	74
↳ Équilibre budgétaire	74
↳ Planification de la main-d'œuvre	75
↳ Recrutement de la main-d'œuvre	77
↳ Recrutement et rétention des cadres	78
↳ Recrutement et rétention de la main-d'œuvre infirmière	79
↳ Infirmière praticienne spécialisée de première ligne	79
↳ Formation <i>Agir auprès de la personne âgée</i>	80
Ressources informationnelles	81
↳ Système d'information des départements d'urgence.....	81
↳ Dossier de santé du Québec.....	81
↳ Informatisation dans le domaine de l'imagerie.....	82
↳ Réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM)	82
↳ Maintien d'actifs informationnels	82
↳ Informatisation des GMF	83
↳ Sécurité des actifs informationnels	83
↳ Informatisation des laboratoires	84
Gestion des bâtiments et des équipements	85
↳ Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière	85
↳ Programmes fonctionnels et techniques	85

Section 3

Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

Respect des règles et des normes édictées par le MSSS	87
Concertation régionale	88

Section 4

Données financières

Situation financière de l'Agence	91
↳ Rapport de la direction	91
↳ Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés.....	92
Notes aux états financiers – exercice terminé le 31 mars 2010	107
↳ Résultats	107
↳ Statut et nature des opérations	107
↳ Modification de conventions comptables	107
↳ Description des principales conventions comptables	108
↳ Emprunt bancaire – Enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements.....	112
↳ Dette à long terme	112
↳ État de la variation de la dette nette.....	113
↳ Régimes de retraite	113
↳ Engagements	113
↳ Engagements budgétaires	114
↳ Opérations entre apparentés	114
Situation financière des établissements	115
↳ Budget net de fonctionnement	115
↳ Autorisation d'emprunt temporaire accordée	116
Subventions aux organismes communautaires	117

Section 5

<i>Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité.....</i>	125
---	-----

Section 6

Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence

Introduction	139
Déclaration de principe	140
Objectif du code d'éthique	141
Personnes concernées par le code d'éthique	141
Devoirs et obligations	141
Règles relatives aux conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités	142
Déclaration d'intérêt.....	142
Activités politiques.....	143
Règles relatives aux assemblées	143
Interdiction des pratiques liées à la rémunération	144
Devoirs et obligations de l'après-mandat	144
Mécanisme d'application et de respect du code	144
Enquête et immunité	145
Publicité du code d'éthique	145
Déclaration des intérêts des administrateurs publics – Code d'éthique	146
Engagement personnel – Code d'éthique.....	147

Liste des sigles et acronymes

A-T	Abitibi-Témiscamingue
C.	Chapitre
AEO	Accueil, évaluation et orientation
AMP	Activité médicale particulière
ANPSS	Algonquin Nation Program and Services Secretariat
BCM	Bilan comparatif des médicaments
C.A.	Conseil d'administration
C/A	Centre d'activité
CAFE	Crise Ado-Famille-Enfance
CCSAT	Centre de communication santé de l'Abitibi-Témiscamingue
CDD	Centre de dépistage désigné
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CEPO	Comité d'évaluation des pratiques oncologiques
CH	Centre hospitalier
CHQ	Corporation d'hébergement du Québec
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIIA	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
CIR	Commission infirmière régionale
CJ	Centre jeunesse
CIAT	Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDIAT	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de l'Abitibi-Témiscamingue
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRJDAT	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CROCAT	Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes
CRPDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CRPDP	Centre de réadaptation pour personnes présentant une déficience physique
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSA	Carrefour de soutien aux aidants
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSPNQL	Commission de santé et de services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Directeur des services professionnels
DSQ	Dossier de santé du Québec
EIJ	Équipe d'intervention jeunesse
ESSAIS	Échange de seringues, services d'aide et d'information sur le sida
ETC	Équivalent temps complet
FTSA	Fonds de transition pour la santé des autochtones
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de compte
GMF	Groupe de médecine de famille
GPMO	Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre
ICCA	Institut Canadien des Comptables Agréés
I-CLSC	Cadre normatif Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC

ICI	Intervention comportementale intensive
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée de première ligne
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
L.R.Q	Lois refondues du Québec
LSIPA	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
MAINC	Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MGF	Manuel de gestion financière
MFA-SA	Ministère de la Famille et des Aînés – Secrétariat aux Aînés
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MRC	Municipalité régionale de comté
MRNF	Ministère des Ressources naturelles et de la Faune
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère du Transport du Québec
N/D	Non disponible
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OLO	Orange, lait, oeuf
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PACS	Picture archiving and communication system
PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
PCI	Prévention et contrôle des infections
PEB	Plan de retour à l'équilibre budgétaire
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PFT	Programme fonctionnel et technique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQJ	Programme qualification des jeunes
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSI	Plan de services individualisé
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCSSS	Réseau communautaire des services de santé et des services sociaux
RITM	Réseau intégré de télécommunication multimédia
RLS	Réseau local de services
RQSUCH	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier
RSIPA	Réseau de services intégrés pour personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RID	Répertoire d'imagerie diagnostique
RRCALACS	Regroupement régional des centres d'aides et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF	Régime de retraite des fonctionnaires
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RRSPSAT	Réseau régional de santé publique en santé au travail
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SARDM	Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments
SATAS	Service d'aide et de traitement en apprentissage social
SATED-AT	Société de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement de l'Abitibi-Témiscamingue
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention
SIGDU	Système d'information de gestion des départements d'urgence

SIPPE	Service intégré en périnatalité et pour la petite enfance
SI-PQDCS	Système d'information du <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i>
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et services
SIV	Soutien d'intensité variable
S.O.	Sans objet
SRMO	Stratégie régionale de main-d'œuvre
TCR	Temps complet régulier
TED	Trouble envahissant du développement
TCROCASMAT	Table de concertation régionale des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale
UMF	Unité de médecine familiale

Liste des tableaux

Tableau 1	Effectifs de l'Agence au 31 mars 2011	5
Tableau 2	Établissements de santé et de services sociaux au 31 mars 2011	7
Tableau 3	Corridors de services au 31 mars 2011	7
Tableau 4	Effectifs des établissements au 31 mars 2011	7
Tableau 5	Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du <i>Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)</i> au 31 mars 2011	8
Tableau 6	Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2011	8
Tableau 7	Membres de la Commission infirmière régionale au 31 mars 2011	9
Tableau 8	Membres de la Commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2011	10
Tableau 9	Membres du Comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2011	11
Tableau 10	Membres du Comité régional d'accès aux services en langue anglaise au 31 mars 2011	11
Tableau 11	Membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques au 31 mars 2011	13
Tableau 12	Membres du comité de direction du Département régional de médecine générale au 31 mars 2011	14
Tableau 13	Membres du Forum de la population au 31 mars 2011	15
Tableau 14	Membres du comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée au 31 mars 2011	16
Tableau 15	Plan régional d'effectifs médicaux en spécialité pour l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2011	25
Tableau 16	Effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée au 31 mars 2011	26
Tableau 17	Bilan des plaintes, interventions, demandes d'assistance, de consultation et d'information au 31 mars 2011	30
Tableau 18	Plaintes examinées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services au 31 mars 2011	30
Tableau 19	Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les établissements au 31 mars 2011	31
Tableau 20	Fonds d'exploitation – État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2011	93
Tableau 21	Fonds des activités régionalisées – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2011	94
Tableau 22	Fonds d'immobilisations – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2011	95
Tableau 23	Fonds d'exploitation - État des soldes de fonds – Exercice terminé le 31 mars 2011	96
Tableau 24	Fonds d'immobilisations – Fonds des activités régionalisées – État des soldes de fonds – Exercice terminé le 31 mars 2011	97
Tableau 25	Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées - Bilan au 31 mars 2011	98
Tableau 26	Fonds d'immobilisations - Bilan au 31 mars 2011	99
Tableau 27	Fonds affectés cumulés - Bilan au 31 mars 2011	100
Tableau 28	Fonds affectés cumulés – État des résultats au 31 mars 2011	101
Tableau 29	Fonds affectés cumulés – État des soldes de fonds au 31 mars 2011	102
Tableau 30	État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2010-2011	103
Tableau 31	Fonds affectés – Sommaire des bilans au 31 mars 2011	104
Tableau 32	Fonds affectés – Sommaire des résultats au 31 mars 2011	105
Tableau 33	Fonds affectés – Sommaire des soldes de fonds au 31 mars 2011	106
Tableau 34	Budget net de fonctionnement - Excédent ou (déficit) au 31 mars 2011	115
Tableau 35	Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2011	116
Tableau 36	Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2011	117

Mot de la présidente du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale



Mme Suzanne Huard,
présidente du conseil
d'administration

Nous sommes particulièrement fières des résultats probants et de la solidarité exemplaire démontrés pour l'année 2010-2011 par le personnel du réseau et de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Vous pourrez constater, en parcourant ce rapport annuel de gestion 2010-2011, que beaucoup d'efforts ont été consentis dans le but d'améliorer l'offre de service aux citoyennes et aux citoyens de la région.

Planification stratégique

Le conseil d'administration de l'Agence a adopté, lors de sa séance du 24 novembre 2010, la Planification stratégique 2010-2015. L'idée directrice de cette planification est : un réseau uni par ses engagements communs dans le but d'améliorer les services de santé et les services sociaux de la région en faveur de la population.

Les choix stratégiques témoignent d'un esprit ambitieux qui se révèle par les six enjeux cruciaux qui émergent de cette démarche. Le premier en est un fondamental et a trait à la santé publique. Il vise l'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être. Étant donné la primauté et la portée des services de première ligne sur la santé des Québécoises et des Québécois, le deuxième enjeu nous conduit à travailler dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation continues des services.



Mme Lise St-Amour,
présidente-directrice
générale

L'accessibilité est un défi majeur de notre réseau. Ainsi, le troisième enjeu mise sur un délai raisonnable pour l'accès aux services. En quatrième lieu, il s'agit d'œuvrer à l'amélioration de la qualité des services et de miser sur l'innovation. Une grande préoccupation anime le réseau et se manifeste avec le cinquième enjeu, soit l'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines. Enfin, le dernier enjeu propose de poursuivre la gestion performante et imputable du réseau.

Parmi les objectifs ciblés, apparaît la volonté d'implanter dans la région des services en radio-oncologie permettant aux personnes aux prises avec le cancer de demeurer dans leur milieu pour recevoir ces traitements.

Implantation d'un service de radio-oncologie

Le 15 février 2011, l'Agence a annoncé les résultats des travaux du comité des experts sur l'emplacement du centre de radiothérapie en Abitibi-Témiscamingue. Rappelons que la volonté d'implanter ce service en région s'est manifestée par une signature consensuelle d'un protocole d'entente qui engageait tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS) à respecter les résultats et la conclusion de l'étude d'experts en radio-oncologie concernant le site optimal pour l'emplacement d'un tel service en Abitibi-Témiscamingue. La signature de l'entente est un geste de solidarité en faveur du bien-être de la population.

Selon le rapport du comité des experts, les dossiers des CSSS étaient minutieusement préparés et il se dégageait, de l'ensemble des présentations, un enthousiasme pour cette pratique de la part des médecins et des équipes de direction.

À la suite de l'analyse des différents critères, le comité des experts a recommandé que le centre de radiothérapie soit localisé à Rouyn-Noranda.

GMF dans tous les territoires

Cette année marquait également le démarrage de deux nouveaux groupes de médecine de famille (GMF) en Abitibi-Témiscamingue, soit le GMF Harricana et le GMF TémiscaVie. La création des GMF est d'abord et avant tout le résultat d'un immense travail d'équipe. Cette collaboration permet l'accessibilité accrue aux services de santé pour les personnes d'Amos, de Ville-Marie et des environs.

L'Agence soutient et accompagne les GMF depuis juillet 2003. Ainsi, ces derniers-nés nous permettent de compléter la « GMFisation » de l'Abitibi-Témiscamingue! L'Agence mise beaucoup sur les sept GMF pour améliorer l'accessibilité aux services de santé dans notre région.

Le succès des dossiers de radio-oncologie et d'implantation des GMF est le fruit du travail de plusieurs collaborateurs issus des établissements, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Agence. Nous aimerions, toutefois, rendre un hommage particulier à la contribution admirable et méritoire du Dr François Desbiens, directeur des affaires médicales et universitaires à l'Agence, décédé subitement ce printemps. Merci François!

Prix canadiens de recherche en santé : Dr Antoine Boivin à l'honneur

Le 9 juin 2010, nous apprenions que le Dr Antoine Boivin avait été retenu parmi les trois premiers lauréats canadiens pour la bourse de formation de clinicien-chercheur des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). À titre d'organisme fédéral, les IRSC sont responsables de faire connaître, aux Canadiennes et aux Canadiens, la valeur et l'importance exceptionnelles de la recherche en santé.

En fait, il s'agit de la bourse la plus prestigieuse des IRSC pour le développement de carrière de clinicien-chercheur. Par le passé, ce prix a essentiellement été remis à des médecins spécialistes menant des projets de recherche fondamentale en centre universitaire et, à notre connaissance, il s'agit d'une des premières fois au Canada qu'un médecin de famille fait partie des récipiendaires.

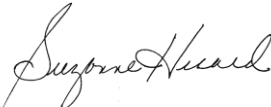
L'équipe de recherche du Dr Boivin étudie les façons d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de première ligne, notamment grâce à une participation active de la population à l'amélioration des soins.

Le Dr Boivin est parvenu à former, à l'Agence, une équipe de recherche de première ligne, ce qui, dans une région éloignée des grands centres, est une victoire en soi! D'ailleurs, ce prix lui offre un support de formation et de recherche de haut niveau en soins de première ligne.

Voilà un aperçu de quelques dossiers qui ont retenu notre attention. Ce rapport résume la majorité des travaux réalisés en 2010-2011.

Bonne lecture!

La présidente du conseil d'administration,


Suzanne Huard

La présidente-directrice générale,


Lise St-Amour

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

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 2010–2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue :

- ↳ 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 2010–2011.



Lise St-Amour
Présidente-directrice générale

Section 1

Rôle et état général de
fonctionnement de l'Agence

1. *Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence*

Mission, territoire, population

Mission

Le gouvernement a institué, dans chaque région qu'il a délimitée, une agence de la santé et des services sociaux (art. 339 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux [LSSSS, L.R.Q. c. S-4.2]).

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, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Territoire

La région de l'Abitibi-Témiscamingue est limitée à l'ouest par la frontière du Québec et de l'Ontario, au nord, par le 49^e parallèle et, du sud à l'est, par les municipalités régionales de comté (MRC) de Pontiac, de la Vallée-de-la-Gatineau et du Haut-Saint-Maurice. C'est l'une des plus vastes régions du Québec avec quelque 65 000 km² de superficie; les distances y sont donc importantes. Ainsi, il faut compter près de 400 kilomètres de route entre Senneterre, au nord-est, et Témiscaming, au sud-ouest.

Au total, 65 municipalités se partagent le territoire, sans compter dix territoires non organisés. À ces derniers s'ajoute la population algonquine qui se répartit entre les quatre réserves indiennes de Kebaowek, Timiskaming, Pikogan et Lac-Simon ainsi que les trois établissements indiens de Hunter's Point, Winneway et Kitcisakik.

Population

Les dernières estimations de Statistique Canada dénombrent 145 835 personnes en Abitibi-Témiscamingue¹. La région se divise en six réseaux locaux de services (RLS) qui correspondent aux territoires des CSSS. Les plus peuplés sont ceux des CSSS de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda qui regroupent respectivement 29,4 % et 28,0 % de la population régionale. Les CSSS Les Eskers de l'Abitibi et des Aurores-Boréales rassemblent, pour leur part, 17,0 % et 14,3 % des Témiscabitiens. Quant aux territoires les moins peuplés, ceux des CSSS du Lac-Témiscamingue et de Témiscaming-et-de-Kipawa, ils comptent 9,1 % et 2,2 % des habitants de la région. La population totale de l'Abitibi-Témiscamingue représente 1,8 % de celle du Québec.

Les Premières Nations sont présentes en Abitibi-Témiscamingue et comptent, en 2009, 6 562 personnes² (3 707 résidents et 2 855 non-résidents), ce qui représente 4 % de la population régionale.

Il est à noter que la population témiscabitiennne est un peu plus jeune et compte, en proportion, un peu moins de femmes que la population québécoise.

¹ Source : Statistique Canada, estimations pour 2010.

² Source : Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Registre de la population indienne au 31 décembre 2009.

Plan d'organisation, organigramme et effectifs de l'Agence

Plan d'organisation

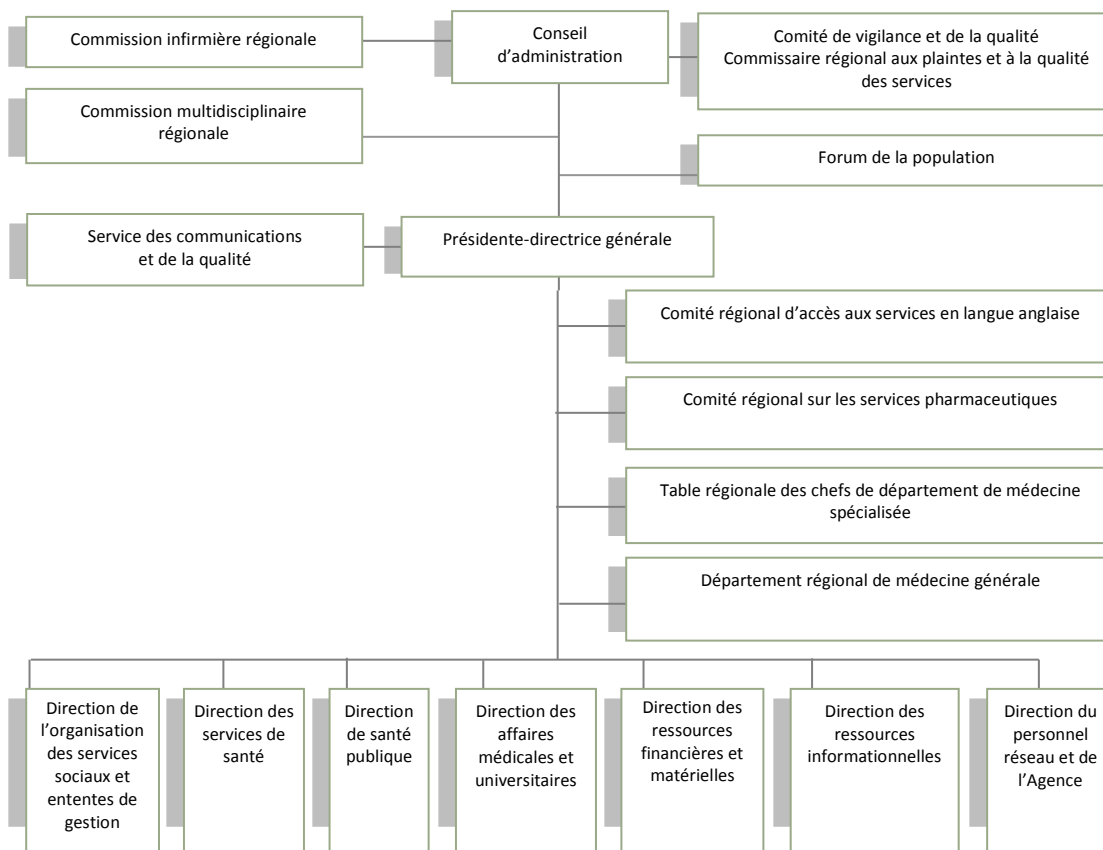
Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de façon à assurer la coordination de ses différentes composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par la LSSSS. Outre sa mission spécifique de mettre en place sur son territoire une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, l'Agence assume des fonctions reliées :

- ↳ à la population et aux usagers;
- ↳ à l'allocation des ressources financières;
- ↳ à l'organisation des services;
- ↳ à la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- ↳ à la santé publique;
- ↳ aux priorités de santé et de bien-être.

L'organisation comprend :

- ↳ un conseil d'administration composé de membres issus de la région et assurant la gestion des orientations de l'organisation et l'imputabilité auprès du ministre;
- ↳ cinq instances régionales consultatives au conseil d'administration et trois instances régionales consultatives à la présidente-directrice générale, assurant l'expertise utile à une réponse adaptée aux multiples besoins de la population de la région;
- ↳ un bureau de la présidente-directrice générale;
- ↳ un Service des communications et de la qualité;
- ↳ sept directions :
 - Direction de l'organisation des services sociaux et ententes de gestion;
 - Direction des affaires médicales et universitaires;
 - Direction des ressources financières et matérielles;
 - Direction des ressources informationnelles;
 - Direction de santé publique;
 - Direction des services de santé;
 - Direction du personnel réseau et de l'Agence.

Organigramme



Effectifs de l'Agence

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des ressources humaines qui oeuvraient pour l'Agence au 31 mars 2011.

Tableau 1
Effectifs de
l'Agence au
31 mars 2011

PERSONNEL	2010-2011	2009-2010	VARIATION
LES CADRES			
‣ Temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	18	17	1
‣ Temps partiel	0	1	-1
Nombre de personnes : équivalents à temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	0	0.5	-0.5
‣ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0	0
LES EMPLOYÉS RÉGULIERS			
‣ Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	76	77	-1
‣ Temps partiel	3	4	-1
Nombre de personnes : équivalents à temps complet (excluant les cadres en sécurité d'emploi)	1.5	2	-0.5
‣ Nombre de personnes en sécurité d'emploi		0	0
LES OCCASIONNELS			
‣ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	7671	10543	- 2872
‣ Équivalent à temps complet	4	6	-2

Note : Les 11 médecins et dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont exclus des données ci-dessus mentionnées.

Communications

L'Agence reconnaît et encourage le droit à l'information de la population sur les services de santé et les services sociaux de la région, sur leur organisation et sur leur fonctionnement.

Par l'entremise du Service des communications et de la qualité, elle prend les moyens jugés les plus appropriés pour transmettre une information claire, complète, véridique, accessible et la plus objective possible.

Elle cherche à connaître et à comprendre les besoins en information des différents groupes, ciblés à l'interne et à l'externe, et établit une saine relation d'affaires avec les médias locaux, régionaux et nationaux.

En bref, voici les principales productions externes réalisées par l'Agence :

- ↳ le rapport annuel de gestion de l'Agence et celui du directeur de santé publique ainsi que le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services;
- ↳ les communiqués de presse (53), les entrevues avec les journalistes (560) ainsi que les conférences et les points de presse (22);
- ↳ les états de situation (102);
- ↳ les relations publiques (participation ou organisation de colloques, forums, rencontres publiques d'information, etc.) et la participation ou la collaboration à des événements de type socioéconomique;
- ↳ les campagnes d'information, publicitaires ou promotionnelles;
- ↳ le site Internet de l'Agence;
- ↳ l'ensemble des publications (documents, bulletins, dépliants, affiches, etc.) produites par l'Agence et destinées aux publics externes, dont le Conseil en bref, les fascicules thématiques (5) et le Contaminant (ce dernier est produit par la Direction de santé publique à l'intention des partenaires professionnels de la santé).

Réseau d'établissements de santé et de services sociaux

La région de l'Abitibi-Témiscamingue compte dix établissements publics de santé et de services sociaux, chacun ayant son conseil d'administration spécifique.

Tableau 2
Établissements
de santé et de
services sociaux
au 31 mars 2011

Établissements	Missions exploitées				
	CH	CLSC	CHSLD	CJ	CR
CSSS de la Vallée-de-l'Or	✓	✓	✓		
CSSS de Rouyn-Noranda	✓	✓	✓		
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	✓	✓	✓		
CSSS des Aurores-Boréales	✓	✓	✓		
CSSS du Lac-Témiscamingue	✓	✓	✓		
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	✓	✓	✓		
Établissements régionaux					
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue				✓	✓
Centre Normand					✓
CRDIAT Clair Foyer					✓
CR La Maison					✓

Tableau 3
Corridors de
services au
31 mars 2011

ÉTABLISSEMENTS	FONCTIONS HOSPITALIÈRES RÉGIONALES
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	Néphrologie-dialyse, médecine nucléaire, cytopathologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, hématologie, réadaptation active en psychiatrie, pédopsychiatrie, psychiatrie légale
CSSS DE ROUYN-NORANDA	Périnatalogie, oncologie pédiatrique, pédiatrie (soins intensifs), ophtalmologie, urologie, oto-rhino-laryngologie, neurologie
CSSS DES AURORES-BORÉALES	Dermatologie, physiothérapie, rhumatologie
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI	Orthopédie, chirurgie buccale et maxillo-faciale, chirurgie plastique, chirurgie thoracique et vasculaire périphérique, traumatologie secondaire

Tableau 4
Effectifs des
établissements
au 31 mars 2011

PERSONNEL	2010-2011	2009-2010	VARIATION
PERSONNEL CADRE			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi)	249	251	-2
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi) :			
Nombre de personnes	31	27	4
Équivalent temps complet	18	17	1
Personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi	2	2	0
PERSONNEL RÉGULIER			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)	2 411	2 317	94
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)			
Nombre de personnes	1 477	1 481	-4
Équivalent temps complet	958	955	3
Personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi	3	3	0
Personnel non-détenteur de poste			
Nombre d'heures rémunérées	2 193 735	2 187 108	6 627
Équivalent à temps complet	1 196	1 181	15

Source : Données opérationnelles selon le rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2011 (page 234).

Organismes communautaires

Tableau 5
Organismes
communautaires
subventionnés
dans le cadre du
Programme de
soutien aux
organismes
communautaires
(PSOC) au
31 mars 2011

	Nombre d'organismes	PSOC (\$)	Nombre d'organismes	PSOC (\$)
	2010-2011		2009-2010	
Accès logis	0	0	0	0
Alcoolisme et autres toxicomanies	7	788 403	7	751 340
Autres ressources jeunesse	5	210 449	5	206 403
Agressions à caractère sexuel	4	733 692	4	719 587
Centres d'action bénévole	4	303 453	4	297 621
Centres de femmes	3	526 052	3	515 940
Communautés culturelles	0	0	0	0
Concertation régionale	1	79 790	1	78 256
Familles	0	0	0	0
Hommes en difficulté	2	228 276	2	204 272
Maintien à domicile	24	270 568	25	266 810
Maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence	4	2 528 387	4	2 479 782
Maisons de jeunes	9	630 566	9	618 443
Mesures de rechange	1	523 418	1	513 356
Multiclientèles	2	101 881	2	99 923
Personnes démunies	5	168 765	5	165 521
Personnes handicapées	21	1 652 564	21	1 449 896
Santé mentale	22	2 199 206	22	2 144 680
Santé physique	12	148 739	12	145 879
Sida	1	55 047	1	53 989
TOTAL	127	11 149 256	128	10 711 698

Conseil d'administration

Sa composition

Du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011, le conseil d'administration de l'Agence a tenu six assemblées ordinaires et une assemblée extraordinaire.

Tableau 6
Membres du
conseil
d'administration
de l'Agence au
31 mars 2011

Représentativité	Membres
Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	D ^{re} Renée Lamontagne
Département régional de médecine générale	D ^{re} Julie Richer
Commission infirmière régionale	M ^{me} Diane Trottier
Commission multidisciplinaire régionale	M. Donald Renault
Milieu communautaire	M ^{me} Micheline Bergeron
Milieu de l'enseignement	M ^{me} Lyne Fecteau
Comité des usagers	M ^{me} Madeleine Paquin
Milieu syndical	M ^{me} Jocelyne Wheelhouse
Socio-économique	M ^{me} Suzanne Huard
Socio-économique	M. Serge Larche
Établissements : CSSS	M ^{me} Suzanne Couture
Établissements : Vocation régionale	M. Luc Paradis
Membre coopté	M. Robert Bellemare
Membre coopté	M. Marc-André Côté
Membre coopté	M. Pierre Bérubé
Membre d'office : Présidente-directrice générale	M ^{me} Lise St-Amour

Instances consultatives

Commission infirmière régionale (CIR)

Le suivi des dossiers comme le projet régional d'implantation du Centre virtuel de santé et de services sociaux, l'infirmière praticienne de première ligne, la formation continue, la planification de la main-d'œuvre, la pratique de l'infirmière en santé mentale, ont été des préoccupations importantes tout au long de l'année. La représentante de la CIR au conseil d'administration de l'Agence a informé les membres des dossiers qui y étaient traités.

La CIR a procédé à une révision de ses règlements à la suite d'une modification de la Loi. Le conseil d'administration de l'Agence a adopté le nouveau règlement en mai 2010.

Deux dossiers principaux ont fait l'objet de discussions. D'abord, la CIR a exploré la possibilité de créer un site Web dans lequel les infirmières spécialistes de l'Abitibi-Témiscamingue pourraient déposer une liste de leurs outils de travail. L'objectif est de faire partager cette expertise avec l'ensemble des infirmières de la région. Ce site pourrait favoriser les échanges entre infirmières spécialistes et permettrait d'identifier rapidement des infirmières ressources pour donner de la formation en région. Le second dossier concerne la création, également sur le Web, d'un répertoire des ordonnances collectives qui existent dans les établissements de la région. L'objectif est de faciliter le repérage des ordonnances collectives pour les infirmières gestionnaires. La CIR poursuivra des travaux afin de concrétiser ces projets.

D'autres sujets d'intérêt commun ont fait l'objet de présentations à la CIR :

- ↳ suivi de l'implantation du *Programme d'autogestion des soins en maladies chroniques*;
- ↳ survol de la pandémie de grippe A (H1N1);
- ↳ Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et allocution du Dr François Desbiens présentés dans le cadre de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité.

Tableau 7
Membres de la
Commission
infirmière
régionale au
31 mars 2011

Représentativité	Membres
Présidente et infirmière reconnue pour son expertise de pointe	M ^{me} Diane Trottier, Maison de la Source Gabriel de Val-d'Or
Vice-présidente et représentante CECII	M ^{me} Annie Perron, CSSS Les Eskers de l'Abitibi
Représentantes CECII	M ^{me} Chantal Caron, CSSS de la Vallée-de-l'Or
Représentantes CIIA	M ^{me} Stéphanie Vallée, CSSS de la Vallée-de-l'Or
	M ^{me} Luce Perron, CSSS de Rouyn-Noranda
Gestionnaires des soins infirmiers	M ^{me} Chantal Tremblay, CSSS de Rouyn-Noranda
Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	M ^{me} Claire Maisonneuve
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	M ^{me} Manon Lacroix
Agence	M ^{me} Lise Dubé, professionnelle désignée

Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)

Au cours de l'exercice 2010-2011, la Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) a tenu deux rencontres. Pour répondre à la demande des membres, différents dossiers ont été présentés lors des rencontres :

- ↳ offre de service régionale en dépendance;
- ↳ accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour la clientèle d'expression anglaise;
- ↳ plan d'action interministériel en itinérance;
- ↳ certification des résidences privées pour personnes âgées;
- ↳ suivi du *Programme d'autogestion des soins en maladies chroniques*;
- ↳ suivi de la Stratégie régionale de la main-d'œuvre.

Ces présentations reflètent la volonté de l'Agence d'informer les membres de la CMUR des dossiers en cours afin d'alimenter leur réflexion et d'échanger sur les enjeux et les défis du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour les prochaines années.

Le mandat des membres étant arrivé à échéance en 2010, le processus de consultation pour renouveler la composition de la commission a été relancé par l'Agence. Un appel de candidatures a été adressé aux directions générales des établissements, aux présidentes et présidents des conseils multidisciplinaires locaux, à la rectrice de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et au directeur général du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue. Dix candidatures ont été reçues et seront en vigueur dès le début de la prochaine année.

Tableau 8
Membres de la
Commission
multidisciplinaire
régionale au
31 mars 2011

Représentativité	Membres
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue - Domaine social	M ^{me} Denise Côté, présidente
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue - Domaine santé	M ^{me} Isabelle Gaumont
Domaine technique	Vacant
Domaine technique	Vacant
Domaine technique	Vacant
Domaine social	M. Donald Renault, CSSS des Aurores-Boréales M. Michel Rivest, CSSS du Lac-Témiscamingue M ^{me} Diane Gaudet, Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue M. René Villeneuve, Centre Normand
Domaine de la santé	M ^{me} Annie Charland, CSSS de la Vallée-de-l'Or M ^{me} Hélène Michaud, CSSS de la Vallée-de-l'Or
Domaine de la réadaptation	M ^{me} Sylvette Gilbert, CRDIAT Clair Foyer M ^{me} Annie Lefebvre, CRDIAT Clair Foyer
Représentante du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	M ^{me} Mireille Hubert, Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Agence	M ^{me} Nicole Desgagnés

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité relève du conseil d'administration. Il a tenu trois rencontres en 2010-2011. Son principal mandat est d'assurer le suivi des recommandations formulées par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services à la suite de l'examen des plaintes et aux interventions visant le respect des droits des usagers.

Le commissaire régional transmet aux membres de ce comité les motifs d'insatisfaction qu'il a examinés, les constats qu'il a faits ainsi que les conclusions et les recommandations formulées aux instances concernées pour améliorer les services aux usagers par la mise en œuvre de mesures correctives.

Au 31 mars 2011, le comité de vigilance et de la qualité était composé des personnes suivantes :

Tableau 9

Membres du comité de vigilance au 31 mars 2011

Représentativité	Membres
Membre du conseil d'administration de l'Agence, comités des usagers des établissements	M ^{me} Madeleine Paquin, présidente
Membre du conseil d'administration de l'Agence, commission multidisciplinaire régionale	M. Donald Renault
Membre du conseil d'administration de l'Agence, organismes du milieu communautaire	M ^{me} Micheline Bergeron
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services	M. Alain Couture
Présidente-directrice générale de l'Agence	M ^{me} Lise St-Amour

Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Le comité régional d'accès aux services en langue anglaise s'est rencontré à quatre occasions au cours de l'exercice 2010-2011. Outre l'échange d'informations entre les membres, l'objectif de ces rencontres était de participer au processus de révision du programme d'accès mené par l'Agence ainsi qu'aux premières étapes du projet d'adaptation des programmes 2010-2013 pour la clientèle d'expression anglaise.

Tableau 10

Membres du comité régional d'accès aux services en langue anglaise au 31 mars 2011

Représentativité	Membres
Communauté anglophone de Rouyn-Noranda	M ^{me} Diane Pollock
Association Neighbours	M ^{me} Elsie Sullivan
Association Neighbours	M ^{me} Sharleen Sullivan
Communauté de Temiskaming First Nation	M ^{me} Norma Heath
Algonquin Nation Program and Services Secretariat	M ^{me} Donna McBride
Communauté anglophone de Val-d'Or	M ^{me} Debbie Pitts
Centre d'entraide et d'amitié autochtone de Senneterre	M ^{me} Rebecca Moore
Communauté anglophone de Témiscaming-et-de-Kipawa	M ^{me} Josette McCann
Horizon palliative cares (Témiscaming)	M ^{me} Sherril Bentley
Conseil d'administration de l'Agence	M ^{me} Madeleine Paquin

L'Agence a procédé à la révision et à la mise à jour du programme d'accès, en collaboration avec les six CSSS, les quatre établissements régionaux ainsi qu'avec les membres du comité régional. L'élaboration du programme d'accès a nécessité la mise à jour d'un portrait de la population d'expression anglaise vivant en Abitibi-Témiscamingue et une actualisation des données relatives aux services accessibles en langue anglaise dans les établissements de la région.

Le Programme d'accès 2011-2014 aux services de santé et aux services sociaux pour la population d'expression anglaise en Abitibi-Témiscamingue a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence le 28 mars 2011 et acheminé au ministre de la Santé et des Services sociaux le 31 mars 2011.

En respect du cadre de référence ministériel, l'objectif du programme d'accès est de rendre accessible aux personnes d'expression anglaise une gamme, la plus complète possible, de services de santé et de services sociaux dispensés en langue anglaise par les établissements, soit dans leur localité, dans leur région, où le cas échéant, dans une autre région.

En Abitibi-Témiscamingue, le programme vise l'augmentation du nombre de personnes capables de communiquer et d'offrir des services en langue anglaise dans le réseau ainsi que l'augmentation du nombre de documents d'information relatifs au domaine de la santé publique et des services sociaux produits en langue anglaise par les établissements du réseau. Il vise également l'amélioration et la diffusion des communiqués, produits par l'Agence, dans le domaine de la santé publique auprès des communautés d'expression anglaise.

Pour atteindre ces objectifs, l'Agence a poursuivi la coordination et le soutien à la mise en œuvre et au déroulement des programmes de formation en langue anglaise pour le personnel des établissements dans le cadre du programme financé par l'Université McGill. Ainsi, 147 personnes provenant des CSSS du Lac-Témiscamingue, Les Eskers de l'Abitibi, de Rouyn-Noranda, de la Vallée-de-l'Or, du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de l'Abitibi-Témiscamingue (CRDIAT) Clair Foyer, du Centre de réadaptation (CR) La Maison et de la Maison du Soleil Levant, ont participé à ce programme au cours de l'année.

L'Agence a diffusé 26 communiqués de presse en langue anglaise et assuré la traduction de 37 formulaires, protocoles et autres documents d'information produits par les établissements ainsi que la traduction du calendrier 2011 sur les droits des usagers en matière de santé et services sociaux.

L'Agence a participé au comité organisateur de la rencontre d'échanges sur les initiatives pour la santé des personnes et communautés d'expression anglaise du Québec, organisé par le Réseau communautaire des services de santé et des services sociaux (RCSSS) avec la collaboration du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). En plus de l'Agence, trois membres du comité régional ont participé à l'événement, qui s'est tenu à Québec les 15 et 16 mars 2011.

À la suite de son approbation par le RCSSS, l'Agence a entamé la mise en œuvre du projet visant à adapter les programmes de prévention et de promotion pour la clientèle d'expression anglaise. Ainsi, avec le concours des membres du comité régional, elle a procédé à une étude auprès de la population anglophone sur sa perception quant à l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise dans la région. Les établissements ont été associés dès le début à la démarche qui s'échelonnera jusqu'en mars 2013.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

En avril 2010, le CRSP a tenu sa première assemblée générale depuis sa création en 2006. Le CRSP a tenu quatre rencontres au cours de l'année 2010-2011. Une modification a été apportée aux règlements concernant la durée des termes des mandats de deux membres du comité afin d'éviter que tous les mandats se terminent en même temps, ce qui pourrait compromettre le suivi des dossiers. Plusieurs enjeux y ont été discutés et traités tout au long de l'année, notamment la prolongation de la durée des ordonnances, la transmission d'informations et la médication d'exception. À cet effet, des rencontres ont eu lieu avec le Comité de coordination régionale

(directeurs des services professionnels) ainsi que le département régional de médecine générale (DRMG).

Le CRSP a travaillé à la standardisation des ordonnances collectives en région, car les nombreuses variables d'une même ordonnance collective dans les différents secteurs de la région sont souvent problématiques pour les usagers et pour les professionnels visés. À cet effet, un sous-comité régional a été formé. Cette innovation, issue de la collaboration entre les CSSS et les pharmacies partenaires de leur territoire, permettra d'améliorer l'accessibilité à des soins et des services pharmaceutiques pour l'ensemble de la population de la région.

Les autres préoccupations du comité concernent le projet de système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM) en établissement de santé, le suivi relatif à l'implantation du Dossier de santé du Québec (DSQ), le bilan comparatif des médicaments (BCM), la formation à distance dispensée par l'Université de Montréal (groupe FOCUS) et la formation en cours d'emploi des assistantes techniques en pharmacie en établissement de santé.

Le CRSP intensifie les communications entre les pharmaciens de la région et poursuit le travail de collaboration avec le personnel infirmier et les médecins afin de continuer à offrir des soins pharmaceutiques de qualité à la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Tableau 11
Membres du
Comité régional
sur les services
pharmaceutiques
au 31 mars 2011

Représentativité	Membres
Pharmacien oeuvrant dans une pharmacie communautaire	M ^{me} Émilie Chenard
Chef de département clinique de pharmacie	M ^{me} Suzie Alain
Pharmacien oeuvrant dans un centre exploité par un établissement de santé	M. Patrick Grenier
Pharmacien propriétaire	M ^{me} Marie-Josée Girard, présidente
Présidente-directrice générale de l'Agence	M ^{me} Lise St-Amour

Département régional de médecine générale (DRMG)

Au sein de chaque agence, un DRMG doit être constitué. Celui-ci est composé de tous les médecins omnipraticiens de la région, y compris ceux qui pratiquent en cabinet privé.

Le comité de direction du DRMG a tenu six rencontres régulières entre avril 2010 et mars 2011.

Voici les principaux sujets traités lors de ces rencontres :

- ↳ le Plan régional d'effectifs médicaux 2010-2011 en médecine générale ainsi que l'identification des besoins et les objectifs de croissance signifiés par le MSSS;
- ↳ l'entente particulière sur l'adhésion aux activités médicales particulières (AMP) dont l'inscription des omnipraticiens aux secteurs d'activités prioritaires déterminés par le DRMG;
- ↳ l'accessibilité à un médecin de famille et le développement des GMF;
- ↳ les infirmières praticiennes de première ligne et leur rôle au sein des équipes médicales.

D'autre part, le DRMG participe et contribue aux travaux suivants :

- ↳ le guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien qui a fait l'objet d'une attention particulière;
- ↳ le suivi relatif à l'implantation du DSQ;
- ↳ l'organisation territoriale des services médicaux généraux.

Afin de favoriser la participation de tous les médecins et de remplacer l'assemblée générale annuelle, le comité de direction du DRMG poursuit sa tournée des différents CSSS.

Finalement, le comité de direction assure la diffusion de l'outil d'information INFO-DRMG à tous les médecins omnipraticiens de la région.

Tableau 12
Membres du
comité de
direction du
Département
régional de
médecine
générale au
31 mars 2011

Représentativité	Membres
CSSS de Rouyn-Noranda	D ^{re} Julie Richer
Médecin travaillant en GMF	D ^r Jean-Yves Boutet, chef du département
Cabinet privé	D ^r Alain Authier
CSSS des Aurores-Boréales	D ^{re} Christiane Faille
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	D ^r Frédéric Turgeon
CSSS du Lac-Témiscamingue	D ^r Paul-Émile Barbeau
CSSS de la Vallée-de-l'Or	D ^{re} Tuong-Vi Pham
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	D ^r Gordon Brock
Représentante des DSP des CSSS	D ^{re} Annie Léger
Agence	M ^{me} Lise St-Amour, présidente-directrice générale

Forum de la population

Coordonné par la présidente-directrice générale de l'Agence, madame Lise St-Amour, le Forum de la population a tenu cette année deux rencontres : l'une en mai 2010 et l'autre en septembre 2010. Le comité a agi comme groupe de discussion pour des dossiers tels que la planification stratégique de l'Agence et le thème du magazine Osez la santé. Des présentations ont été réalisées pour les membres dans le cadre de leur mandat, dont le *Plan d'action régional en santé publique*, le *Rapport annuel de gestion 2009-2010* de l'Agence ainsi que le *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services*. Enfin, les membres ont procédé à la nomination d'un président et d'une vice-présidente.

Conformément aux *Règles de fonctionnement*, le conseil d'administration procédait, le 21 décembre 2010, à la destitution de trois membres du Forum de la population en raison de plus de trois absences consécutives aux rencontres, alors qu'une autre personne perdait sa qualité de membre à la suite d'un départ de la région.

Tableau 13
Membres du
Forum de la
population au
31 mars 2011

Provenance	Membres	Provenance	Membres
Amos	M. Hans Carignan	Rouyn-Noranda	M. Laurent Juteau
Barraute	M. Lionel Pelchat	Rouyn-Noranda	M ^{me} Marie-France Turgeon
Normétal	M ^{me} Mariette Davidson	Témiscaming	M. Pierre Gingras
La Sarre	M ^{me} Marie Méthot	Nédelec	M ^{me} Carmen Rivard
Rouyn-Noranda	M ^{me} Claire Hogan	Val-d'Or	M. Ghyslain Bergeron
		Val-d'Or	M ^{me} Sylvie Cardinal

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (Table des chefs)

Au cours de l'exercice, le comité de direction de la Table des chefs a tenu trois rencontres régulières.

Dans le cadre de la planification quinquennale du MSSS pour les plans régionaux d'effectifs médicaux, les établissements de la région ont fait connaître à l'Agence leurs prévisions quinquennales. La première étape est complétée, soit celle de déposer le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) 2011.

La planification quinquennale des effectifs médicaux spécialisés demeure le dossier prioritaire pour la prochaine année. L'objectif de la démarche est la répartition des effectifs médicaux en spécialités en attribuant, par Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) et à chaque région, une part des nouveaux médecins selon une approche populationnelle.

De plus, le chantier sur la révision des services médicaux spécialisés, amorcé en janvier 2008, s'est poursuivi afin d'élaborer des protocoles d'entente. Ces derniers sont destinés à engager les médecins spécialistes, selon une entente entre les parties signataires, pour offrir une desserte régionale en respectant les règles établies par la Table des chefs, les établissements et l'Agence. Un seul établissement a déposé un projet clinique en 2010-2011.

Tableau 14

**Membres du
comité de
direction de la
Table régionale
des chefs de
département de
médecine
spécialisée au
31 mars 2011**

Représentativité	Membres
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	D ^{re} Édith Beauregard, domaine clinique de la chirurgie D ^{re} Liette Boyer, domaine clinique de la médecine D ^r Daniel Martin, domaine clinique de l'anesthésiologie
CSSS de Rouyn-Noranda	D ^r Hugo Delorme, domaine clinique de la médecine, président D ^{re} Renée Lamontagne, domaine clinique de la psychiatrie
CSSS de la Vallée-de-l'Or	D ^r Ismaël Kaloul, domaine clinique de l'anesthésiologie D ^r Tai-Hung Do, domaine clinique de l'imagerie médicale D ^r Ghislain Lauzon, domaine clinique de la pneumologie
CSSS des Aurores-Boréales	D ^r Sofiane Ouertani, domaine clinique de l'obstétrique-gynécologie
Agence	M ^{me} Lise St-Amour, présidente-directrice générale



Section 2

Activités de l'Agence

2. *Activités de l'Agence*

Grands défis de l'année

▣ *Amélioration de l'alimentation en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*

Le ministère de la Famille et des Aînés – Secrétariat aux Aînés (MFA-SA) et le MSSS ont reçu le mandat de mettre de l'avant un *Programme d'amélioration de l'alimentation des personnes demeurant en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS).

Le programme vise la formation continue et le perfectionnement du personnel ainsi que le rehaussement de l'offre de service de nutrition clinique afin d'améliorer la qualité de l'alimentation des personnes hébergées.

Une enveloppe non récurrente de 74 373 \$ a permis l'organisation d'une formation sur les principes de déglutition et les besoins spécifiques en protéines et énergie de la personne âgée à une trentaine de cuisiniers et aides-cuisiniers des CHSLD. La formation a été suivie de la visite d'un cuisinier expert dans chaque CSSS pour favoriser l'application des notions transmises lors de la formation. Le fait de joindre la théorie à la pratique a été particulièrement apprécié par le personnel.

▣ *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*

En février 2010, le MSSS conviait les agences à s'impliquer activement dans une démarche planifiée d'implantation d'une nouvelle approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Plusieurs activités se sont succédé pour informer les CSSS des préalables à l'implantation de l'approche, des caractéristiques et des objectifs ainsi que pour obtenir la désignation d'un répondant par CSSS.

Le comité régional d'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier a commencé ses travaux le 17 février 2011. Des outils ont été mis à sa disposition en guise de soutien à la planification de l'implantation, tels le calendrier des livrables du MSSS et l'outil diagnostique permettant d'identifier les forces et les aspects à améliorer.

Le CSSS de Rouyn-Noranda fait partie des sept sites d'implantation prévus pour expérimenter les composantes cliniques, dont les modules de formation et les composantes organisationnelles testées par les sites-pilotes.

■ Développement des communautés

Le défi d'élaborer et d'expérimenter une démarche de soutien au développement des communautés a été atteint par le projet-pilote du Tableau de bord des communautés déployé dans 8 des 138 communautés de l'Abitibi-Témiscamingue en 2010. C'est en accompagnant « un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique, »³ que cette démarche a pu être mise à l'essai, corrigée, validée et qu'elle a permis de produire des actions et des activités de développement.

C'est par la construction d'une fine connaissance d'une communauté à partir de 28 indicateurs, 23 facettes de potentiels de développement et trois points d'ancrage local que l'intelligence collective a été mise à contribution pour mieux saisir et décrire autant les dimensions économiques, sociales et démographiques que les interactions, le bien-être, la santé et les potentiels de la communauté.

Ce savoir acquis a facilité la reconnaissance de situations préoccupantes et l'identification de pistes d'action dans un processus d'aide à la décision ouvert et bien structuré. Ce processus a mobilisé acteurs et intervenants dans plus de 20 actions concrètes de nature économique, sociale et environnementale.

La poursuite du projet se fera à travers le maintien de la mobilisation, le déploiement dans les autres communautés, la formation d'intervenants et d'animateurs, la connaissance des résultats et des retombées d'une telle démarche par les organisations partenaires du développement des communautés ainsi que la production de nouvelles initiatives porteuses d'une meilleure condition de vie.

■ Formation en cuisine santé

Un projet de formation en cuisine santé à l'intention du personnel des cuisines des centres de la petite enfance, des cafétérias en milieu scolaire, des centres d'amitié autochtone et des établissements du réseau de la santé est actuellement en déploiement en région. Cette formation répond à un besoin du milieu afin d'agir sur l'environnement alimentaire des jeunes et ainsi améliorer leur alimentation. De plus, elle vient soutenir la mise en place des politiques alimentaires.

Ce projet est possible grâce au partenariat des acteurs du Comité intersectoriel régional sur les saines habitudes de vie, qui a fait de ce besoin une priorité et soutenu la demande de financement auprès de Québec en Forme.

Plus de 90 personnes participent à ces formations données par le Centre de formation professionnelle Lac-Abitibi. Il s'agit d'une réussite au plan de la mobilisation et de l'enthousiasme soulevé, puisque plus de 70 % des milieux visés participent. Des demandes d'exportation de matériel et de partage d'expertise ont été formulées par plusieurs régions du Québec.

Les prochaines étapes seront l'évaluation du projet et la recherche de moyens pour assurer sa pérennité afin que le transfert de connaissance ait lieu et que les changements soient durables dans l'offre alimentaire.

3 Définition des développements des communautés, Institut national de santé publique du Québec, 2002.

■ Offre de service régionale en dépendance

Depuis plusieurs années, les intervenants du réseau communautaire et du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue travaillent ardemment pour aider les personnes qui présentent des comportements à risque, des problèmes d'abus ou de dépendance. Beaucoup d'énergie a été investie afin d'agir sur ce phénomène de société, mais la problématique liée aux dépendances entraîne encore aujourd'hui énormément de souffrances.

Dans cette optique, une journée régionale, sous le thème *Un client - une même vision - un réseau d'actions*, a été organisée pour consolider le travail amorcé et soutenir la mise en place de services de mieux en mieux adaptés aux besoins de la population de l'Abitibi-Témiscamingue. Le 7 octobre 2010, des gestionnaires et des intervenants ont participé en grand nombre à cette journée d'échange et de réflexion sur l'offre de service régionale en matière de dépendance qui venait de faire l'objet d'un exercice de révision avec la collaboration des établissements et des partenaires de la région. La journée a permis de se doter d'une vision commune dans le but d'agir avec davantage de cohérence auprès des personnes nécessitant de l'aide.

L'enjeu principal pour les prochaines années sera de s'assurer de concrétiser les orientations régionales définies dans l'offre de service. Pour ce faire, l'Agence a, notamment, soutenu la mise en place de la Table régionale des gestionnaires du *Programme Dépendances*.

■ Organisation des soins médicaux de première ligne

Tous les territoires de la région comptent un GMF; on peut donc dire que la région de l'Abitibi-Témiscamingue est entièrement « GMFisée ». Plus de 90 % des médecins de la région font partie d'un GMF et leur présence dans tous les secteurs de la région fait de l'Abitibi-Témiscamingue un exemple pour le Québec.

La région compte quatre unités de médecine familiale (UMF) associées à trois universités. La formation de résidents permet de conserver une pratique active au sein des équipes médicales. En plus de consolider le recrutement et la rétention des médecins de famille, l'expertise des UMF permet de développer des modèles de prestation de soins de première ligne créatifs, novateurs et prometteurs.

■ Plan régional d'effectifs médicaux en médecine spécialisée 2011-2015

Le MSSS est en processus de planification quinquennale des effectifs médicaux spécialisés. Cette répartition des effectifs médicaux se fera en attribuant, par RUIS et à chaque région, une part des nouveaux médecins selon une approche populationnelle.

Pour ce faire, chaque région a déterminé des priorités de recrutement par spécialité en tenant compte des congés, de l'attrition et du développement de services. Le ministre a transmis à chaque agence des priorités de recrutement par spécialité et a confirmé les postes occupés. Le plan d'effectifs médicaux (PEM) de chaque établissement sera constitué de postes occupés et de priorités de recrutement.

En février 2011, la première phase a été réalisée avec le dépôt des PREM 2011. Ainsi, les résidents qui obtiendront leur permis d'exercice en juillet 2011 auront le portrait des places disponibles dans l'ensemble des établissements du Québec. La planification pour les cinq prochaines années doit être réalisée pour le 30 septembre 2011.

■ *Programme autogestion des soins en maladies chroniques*

En avril 2010, les CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa, du Lac-Témiscamingue, Les Eskers de l'Abitibi et de la Vallée-de-l'Or ont amorcé l'implantation du *Programme autogestion des soins en maladies chroniques*.

Une première rencontre régionale a eu lieu le 3 juin 2010, en présence des coordonnatrices responsables de chaque CSSS, afin de présenter le programme ainsi que l'organisation régionale et locale. En septembre, des maîtres formateurs du Centre universitaire de santé McGill ont formé onze animateurs, trois coordonnatrices locales et la coordonnatrice régionale. En octobre, les ateliers de groupe auprès de la clientèle atteinte de maladies chroniques ont débuté. À ce jour, sept groupes, totalisant 46 personnes, ont été formés, dont un groupe anglophone.

Les coordonnatrices locales ont rencontré les professionnels de leur établissement de santé, leur GMF et des groupes communautaires afin de présenter et de faire connaître le programme.

Au cours de l'année, des contacts interrégionaux ont été maintenus avec l'équipe du Centre universitaire de santé McGill et l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière pour la suite des activités du programme. À la demande du MSSS, des professionnels de l'Agence ont présenté le programme à des représentants du MSSS. Devant l'intérêt manifesté par ces derniers, l'Agence et ses partenaires espèrent une appropriation nationale du *Programme autogestion des soins en maladies chroniques* afin qu'il s'inscrive dans les activités incontournables de la lutte aux maladies chroniques.

Affaires médicales

■ Groupes de médecine de famille (GMF)

Attente administrative

Objectif de résultats

Implanter des GMF au sein des six territoires des CSSS.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de GMF	5	7	7

Commentaires

La population des six territoires de CSSS de la région bénéficie de sept GMF accrédités par le MSSS. Deux nouveaux GMF ont reçu leur accréditation en 2010, soit le GMF Harricana, le 30 septembre 2010, et le GMF TémiscaVie, le 10 novembre 2010.

GMF de la Vallée-de-l'Or
 GMF des Aurores-Boréales
 GMF du Centre de santé de Témiscaming
 GMF Harricana (Amos)
 GMF Les Eskers d'Amos
 GMF Rouyn-Noranda
 GMF TémiscaVie de Ville-Marie

Cette année a été marquée par le premier renouvellement de la convention du GMF Rouyn-Noranda. L'année a également été significative avec la mise en place du nouveau processus d'informatisation dans les GMF qui contribuera à améliorer l'accessibilité à un médecin de famille.

Enfin, une table régionale de concertation regroupant tous les GMF de la région tient des rencontres quatre fois par année. Les infirmières pratiquant en GMF se rencontrent également pour partager leurs connaissances et échanger sur les bonnes pratiques afin de mieux desservir la clientèle.

Il est intéressant de constater qu'après huit ans de services par des GMF en Abitibi-Témiscamingue :

- ↳ 118 médecins exercent en GMF;
- ↳ 62 851 personnes sont inscrites;
- ↳ 22 712 personnes inscrites sont dites vulnérables, pour un ratio de 31 % en comparaison à 35 % dans l'ensemble du Québec.

■ Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialité (PREM)

Attente administrative

Objectif de résultats

Atteindre les PREM par le recrutement et le maintien des effectifs médicaux.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'ajouts signifiés au PREM en médecine générale	13 médecins	9 médecins	8 médecins
Nombre de postes autorisés au PREM en médecine spécialisée	159 postes autorisés	166 médecins	133 médecins *

Commentaires

En médecine générale : Le MSSS accordait à la région l'ajout de neuf médecins omnipraticiens pour l'exercice en cours. Le DRMG a émis huit avis de conformité; parmi ceux-ci, un médecin est attendu en 2011-2012. Les efforts de recrutement doivent se poursuivre afin de répondre adéquatement aux besoins de la population qui sont estimés à 208 équivalents temps complet (ETC) en médecine générale. Au 31 mars 2011, la région comptait 182 omnipraticiens, alors qu'il y en avait 178 au 31 mars 2010.

En médecine spécialisée : Les effectifs médicaux en médecine spécialisée totalisent 133 médecins au 31 mars 2011, comparativement à 125 au 31 mars 2010. Le PREM en spécialité compte 166 postes autorisés.

De plus, à la suite de l'analyse des besoins effectuée dans tous les établissements de la région, l'Agence a identifié les disciplines en pénurie pour chacun des CSSS. Les curriculum vitae de candidats en spécialité inscrits à Recrutement santé Québec, ayant reçu un avis favorable de la part du Collège des médecins du Québec, ont été acheminés aux CSSS afin que ces derniers saisissent l'opportunité offerte pour améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés. À cet égard, l'Agence les encourage à avoir recours à cet apport précieux que peuvent représenter les médecins étrangers pour contrer la pénurie au cours des prochaines années.

Recrutement : L'Agence, les CSSS et des médecins de la région ont participé à plusieurs événements de recrutement au cours de la période 2010-2011, notamment la Journée Carrière 2010 ainsi que plusieurs activités menées par l'Équipe *Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et des spécialistes (Sarros)* parmi les étudiants en médecine des différentes facultés universitaires québécoises.

Des démarches se poursuivent afin que :

- ↳ des mesures incitatives significatives soient accordées pour permettre d'accroître l'attraction et ainsi inciter les jeunes médecins à s'installer et pratiquer en Abitibi-Témiscamingue;
- ↳ le secteur Abitibi-Ouest soit reconnu secteur isolé;
- ↳ le respect des PREM soit rigoureux, et ce, pour l'ensemble de la province.

* Les deux spécialistes oeuvrant en santé communautaire au sein de l'Agence sont comptabilisés au Plan d'effectifs médicaux de Rouyn-Noranda.

Tableau 15
Plan régional
d'effectifs
médicaux en
spécialités pour
l'Abitibi-
Témiscamingue
au 31 mars 2011

Médecine spécialisée	PREM 2010-2011	Situation au 31 mars 2011	Besoins
Allergie et immunologie clinique	1	1	0
Anatomopathologie	6	4	2
Anesthésiologie	19	20	-1
Biochimie médicale	1	0	1
Cardiologie	3	1	2
Chirurgie générale	13	11	2
Chirurgie orthopédique	6	6	0
Chirurgie plastique	2	1	1
Dermatologie	3	2	1
Endocrinologie	1	0	1
Gastro-entérologie	3	4	-1
Gériatrie	2	0	2
Hématologie et oncologie médicale	2	2	0
Médecine d'urgence	2	1	1
Médecine interne	16	10	6
Médecine nucléaire	1	1	0
Microbiologie et infectiologie	1	0	1
Néphrologie	2	0	2
Neurologie	5	4	1
Obstétrique-gynécologie	13	11	2
Ophtalmologie	4	3	1
Oto-rhino-laryngologie	3	3	0
Pédiatrie	16	15	1
Physiatrie	1	0	1
Pneumologie	3	4	-1
Psychiatrie (adulte)	18	12	6
Psychiatrie (pédo)	3	3	0
Radiologie diagnostique	8	7	1
Radiothérapie	0	0	0
Rhumatologie	2	1	1
Santé communautaire	3	3	0
Urologie	3	3	0
Total des spécialités	166	133	33

Médecine générale	PREM 2010-2011	Situation au 31 mars 2011	Besoins
Omnipraticiens (ETC)	208	182	26

Tableau 16
Effectifs
médicaux en
médecine
générale et en
médecine
spécialisée au
31 mars 2011

RLS	PREM Besoins en ETC omni- praticiens	Omnipraticiens au 31-03-11	PREM Besoins en ETC spécialité	Spécialistes et omni- anesthésistes au 31-03-11
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	39	37	41	40
CSSS des Aurores-Boréales	33	27	18	10
CSSS de Rouyn-Noranda	48	53	49*	38*
CSSS de la Vallée-de-l'Or	56	39	51	41
CSSS du Lac-Témiscamingue	19	17	4	2
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	9	5	0	0
Agence (santé communautaire)	4	4	3	2
TOTAL	208	182	166	133

- Les deux spécialistes oeuvrant en santé communautaire au sein de l'Agence sont comptabilisés au Plan d'effectifs médicaux de Rouyn-Noranda.

■ Unité de médecine familiale (UMF)

Attente administrative

Objectif de résultats

Augmenter la capacité d'accueil des UMF afin d'offrir en région la formation aux résidents inscrits au programme de médecine de famille.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'unités de médecine familiale en Abitibi-Témiscamingue	Mise en œuvre d'une nouvelle UMF à Val-d'Or (phase 1)	Rehaussement de l'UMF à Val-d'Or (phase 2)	Rehaussement de l'UMF à Val-d'Or (phase 2 complétée)

Commentaires

Les UMF représentent les lieux de formation pour les étudiants en médecine ainsi que pour les médecins résidents qui se destinent à la pratique de la médecine familiale sous la supervision de médecins expérimentés des milieux qui les reçoivent. Les objectifs de 2010-2011 ont été atteints.

L'UMF de la Vallée-de-l'Or a réalisé la phase 2 des travaux d'implantation avec l'ajout de quatre nouveaux bureaux permettant de recevoir plus de résidents. Ces travaux ont été achevés à la fin juin 2010, permettant ainsi d'accueillir la prochaine cohorte.

Les CSSS de la région ont mis beaucoup d'efforts afin d'offrir des places de formation dans leur milieu, car les UMF sont de formidables outils de recrutement qui contribuent à atteindre les objectifs de remplacement de la main-d'œuvre médicale.

Trois des quatre universités qui assurent la formation en médecine ont maintenant des UMF dans quatre territoires de CSSS (Rouyn-Noranda, Vallée-de-l'Or, Les Eskers de l'Abitibi et Aurores-Boréales).

■ Clientèle orpheline

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer l'accès à un médecin de famille.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de CSSS qui ont mis en place un guichet d'accès pour la clientèle orpheline vulnérable	3/5	5/5	5/5

Commentaires

La cible est atteinte.

Le *Plan d'organisation de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux* prévoit la création par les CSSS d'un guichet d'accès sur leur territoire de desserte respectif pour la clientèle sans omnipraticien.

La prise en charge de cette clientèle orpheline s'inscrit dans la responsabilité populationnelle des CSSS en lien avec la responsabilité du DRMG en matière d'organisation des services médicaux de première ligne.

Chaque CSSS doit identifier à l'intérieur de sa structure, ou en collaboration avec ses partenaires du réseau, un mécanisme de réception et de traitement des demandes en lien avec une évaluation de la condition de santé des clients orphelins. Lorsque la situation le requiert, un processus d'orientation de la clientèle est prévu avec le médecin coordonnateur. Le processus de prise en charge est déterminé par le CSSS concerné. En conséquence, les CSSS ont donc identifié un coordonnateur du mécanisme ainsi que des critères de priorité. Ils ont aussi convenu, avec les médecins de leur territoire, des modalités de répartition de la clientèle lorsque les besoins de cette dernière le requièrent.

■ Réseau universitaire intégré de santé (RUIS)

En 2010-2011, compte tenu des nombreux corridors de services développés depuis plusieurs années et maintenus par le RUIS de l'Université de Montréal avec la région, le MSSS a permis à l'Agence de participer, à titre d'observateur, aux rencontres du RUIS de l'Université de Montréal. Les liens unissant la région aux établissements du RUIS de Montréal sont par conséquent officiels et permettent à la région de poursuivre les corridors de services déjà existants.

Le RUIS McGill s'est dit en accord avec cette proposition, mais demande que tous les nouveaux corridors de services soient déployés avec les établissements de la région. À la suite de cette décision, il a également été entendu qu'un comité de développement et de coordination soit mis en place avec les représentants du RUIS McGill et la direction de l'Agence, l'objectif de ce comité étant d'assurer le développement continu de corridors de services et de liens efficaces entre la région et les établissements du RUIS McGill.

Au cours de l'année, la région a pu bénéficier de l'expertise des deux RUIS par des avis d'experts, notamment dans les dossiers de radio-oncologie et de procréation assistée.

Par ailleurs, les établissements devaient faire connaître à l'Agence leurs prévisions quinquennales en médecine spécialisée. Le processus s'est effectué en deux étapes en établissant d'abord le PREM 2011 et, ensuite, la planification quinquennale. L'Agence a déposé au MSSS sa proposition de PREM pour l'année 2011 par l'entremise de la Table PREM/RUIS McGill.

Activités régionales en santé et services sociaux

■ Amélioration de la qualité des services

Les activités de l'Agence à l'égard de la qualité des services sont nombreuses et se manifestent par différentes mesures qui impliquent directement les établissements de la région. Cette année, l'activité significative aura sans doute été le déploiement du *Système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS)* qui permettra la création du *Registre national des accidents et incidents*. Cet outil entraînera des démarches d'amélioration pour une prestation sécuritaire en termes de gestion des risques dans les établissements de santé et de services sociaux.

Agrément des établissements

Comme le prévoit la LSSSS, tous les établissements publics ou privés ont l'obligation de solliciter un agrément et de franchir toutes les étapes de la démarche. Par la suite, ils doivent renouveler celui-ci tous les trois ans.

Pour l'année financière en cours, deux établissements de la région ont reçu la visite de l'agrément pour les soins et services offerts. Les visites d'évaluation ont été réalisées par le Conseil québécois d'agrément au CRDI de l'Abitibi-Témiscamingue Clair Foyer et conjointement par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément au CSSS de la Vallée-de-l'Or.

Plus spécifiquement, le CSSS de la Vallée-de-l'Or a également reçu la visite d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément pour les services de son laboratoire biomédical.

D'autres visites des établissements sont prévues au cours de la prochaine année. Rappelons que la démarche d'agrément est un processus complexe exigeant un engagement résolu de la part des établissements et soulignons que l'Agence est particulièrement fière de la rigueur démontrée par ceux-ci.

Comité des usagers

Le mandat et le rôle des comités des usagers consistent à promouvoir les droits des usagers et à veiller à leur respect. Ces comités ont organisé des activités locales et régionales afin de faire connaître les droits des usagers au sein des établissements et auprès de la population. L'Agence a coordonné les actions régionales avec la mise en œuvre d'un plan de promotion permettant la réalisation d'activités variées tout au long de l'année 2010-2011.

Les comités ont publié un calendrier pour 2011 qui présente les droits et les ressources disponibles pour accompagner et informer les usagers. Des napperons et des stylos promotionnels ont été distribués lors des activités de sensibilisation. Les comités ont aussi élaboré des dépliants d'information offerts aux usagers afin de faire connaître leur mandat. Une conférence sur les droits des usagers et les soins de fin de vie, s'adressant aux membres des comités, aux intervenants et aux commissaires aux plaintes, a été offerte en avril 2010 en collaboration avec un médecin du CSSS de Rouyn-Noranda. Le 2 octobre 2010 s'est tenue une journée de réflexion ayant pour thème *Imaginons un monde de droits*. Cette journée a permis à 55 personnes de participer à des ateliers sur les stratégies de promotion des droits, les projets réalisés au sein des établissements et les actions à prendre pour mieux faire connaître le mandat des comités. Le 12 mars 2011, 50 personnes ont reçu une formation portant sur leur rôle, offerte par le Regroupement provincial des comités des usagers.

La coordination régionale instaurée par l'Agence favorise la concertation et l'entraide entre les présidents des comités des usagers, qui se sont d'ailleurs réunis à sept reprises en 2010-2011 pour traiter de sujets en lien avec leur mandat et pour organiser des projets de promotion. Les membres des comités ont contribué de façon significative à la semaine de promotion des droits des usagers qui avait lieu du 7 au 11 février 2011. L'activité principale de cette semaine a été la présentation de la pièce de théâtre sur les droits des usagers, *Sors de ta bulle! L'univers de la santé et des services sociaux n'est pas une bande dessinée*, dans sept villes de la région. Les comités des usagers ont supervisé et collaboré à la production de la pièce qui visait à démontrer l'exercice des droits dans différents contextes de prestation de services de santé et de services sociaux. Cette semaine thématique a également été l'occasion de tenir des kiosques d'information, de remettre du matériel de promotion, d'organiser des concours sur la connaissance des droits et de rencontrer des groupes d'intervenants et d'usagers.

Au terme de l'année 2010-2011, les comités de la région ont démontré leur capacité à faire la promotion des droits dans leurs milieux respectifs et à en faciliter la compréhension, tout en informant la population des ressources disponibles au plan de l'accompagnement.

Gestion de risques par les établissements

Dans le cadre de la prestation sécuritaire des soins et des services, trois journées de formation en gestion des risques ont été réalisées au cours de la présente année. Une journée de formation a été offerte sur le contenu de la livraison du SISSS et ses impacts pour les opérations en établissement, à l'intention des gestionnaires de risques, des pilotes locaux et des services informatiques.

Par la suite, deux journées de formation à l'intention des gestionnaires de risques et des pilotes locaux des établissements ont été réalisées. La première journée portait sur tous les aspects du pilotage de l'outil informatique SISSS dont, entre autres, le paramétrage et l'importation de données locales, afin de permettre d'enregistrer les déclarations et divulgations des accidents et incidents. La deuxième journée de formation portait spécifiquement sur l'apprentissage de l'outil bureautique Excel, les tableaux dynamiques, les graphiques, etc., qui permettront aux gestionnaires de risques de produire des rapports spécifiques à partir de données issues de l'outil informatique SISSS.

Plaintes à l'Agence et dans les établissements

Le Régime d'examen des plaintes reconnaît aux usagers la possibilité de porter plainte auprès du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services lorsqu'ils sont insatisfaits des services reçus ou qu'ils auraient dû recevoir de l'Agence, d'un organisme communautaire en santé et services sociaux, d'une ressource privée ou communautaire d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique, d'une résidence privée pour personnes âgées et des services préhospitaliers d'urgence. Le commissaire régional a le devoir de répondre aux demandes d'information concernant les droits des usagers en santé et services sociaux et de prêter assistance aux personnes pour la formulation d'une plainte concernant les services. Il applique la procédure d'examen des plaintes établie et adoptée par le conseil d'administration de l'Agence et il en assure la promotion auprès de la population et de groupes cibles. Il assure le suivi aux demandes qui mettent en cause les droits des usagers, la qualité des services offerts et les ressources pouvant venir en aide aux personnes. Le commissaire régional intervient aussi de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

En vertu de l'article 66 de la Loi, le commissaire régional est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence du respect des droits des personnes et ses fonctions lui permettent d'examiner et d'intervenir lorsqu'une situation porte atteinte au respect des droits des usagers et à la qualité des services. Les personnes peuvent présenter leur plainte par écrit ou verbalement au commissaire régional qui, à la suite de l'examen d'un ou de plusieurs motifs d'insatisfaction, recommande, s'il le juge nécessaire, des mesures correctives pour améliorer ou ajuster un service afin

d'assurer le respect des droits reconnus aux usagers par la Loi. Au terme de l'examen d'une plainte ou à la suite d'une intervention, il transmet aux instances concernées ses conclusions et les recommandations pertinentes pour l'ajustement ou l'amélioration des services.

Tableau 17

Bilan des plaintes, interventions, demandes d'assistance, de consultation et d'information au 31 mars 2011

	2010-2011
Plaintes reçues	25
Demandes d'assistance, information et consultation	246
Interventions	11
Total	282

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a reçu 25 plaintes qui ont été examinées et traitées en respect avec la procédure d'examen des plaintes de l'Agence. Au 31 mars 2011, 3 plaintes étaient en cours d'examen. Il a donné suite à 246 demandes d'assistance, d'information et de consultation en lien avec un des droits reconnus aux usagers en santé et services sociaux. Il est intervenu de sa propre initiative à partir des faits portés à son attention dans 11 situations afin que soit assuré le respect des droits des usagers. Le commissaire régional est donc intervenu de sa propre initiative auprès d'un organisme communautaire, de 6 résidences pour personnes âgées, à deux occasions en regard des services préhospitaliers d'urgence et pour deux situations mettant en cause les activités de l'Agence. Le nombre total de plaintes adressées au commissaire a connu une hausse en 2010-2011 avec 25 plaintes comparativement à 19 en 2009-2010. Quant aux interventions de sa propre initiative, le nombre est demeuré sensiblement le même avec 11 dossiers en 2010-2011, comparativement à 10 en 2009-2010.

Tableau 18

Plaintes examinées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services au 31 mars 2011

Mission d'établissement	Plaintes en voie de traitement au 1 ^{er} avril 2010	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2011
CH	22	125	147	129	18
CLSC	5	29	34	31	3
CHSLD	1	15	16	14	2
CRDI	0	0	0	0	0
CRDP	1	1	2	2	0
CRJDA	3	27	30	27	3
CPEJ	3	39	42	40	2
CR Dépendances et jeu pathologique	0	0	0	0	0
Total	35	236	271	243	28

Les usagers peuvent également exercer leur droit de porter plainte par la mise en place d'une procédure sur l'application du Régime d'examen des plaintes adoptée par le conseil d'administration d'un établissement. Cette procédure détermine les modalités d'accès au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement. Tout comme le commissaire régional, celui-ci examine et traite la plainte de l'utilisateur après avoir jugé de sa recevabilité selon les droits reconnus aux usagers par la Loi. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services examine les motifs d'insatisfaction portés à son attention à l'égard des services offerts par l'établissement, émet ses conclusions et formule, s'il y a lieu, une recommandation pour que soit appliquée une mesure corrective afin d'améliorer les services mis en cause et rétablir la situation qui porte atteinte aux droits de l'utilisateur. Les recommandations visent en tout temps à corriger les situations qui influencent la qualité des services offerts et à mettre en œuvre des moyens pour améliorer la satisfaction des usagers par rapport aux soins et services. La Loi reconnaît aussi qu'un commissaire local peut intervenir de sa propre initiative lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ne sont pas respectés. Pour ce faire, il prend les mesures nécessaires pour s'assurer que les usagers reçoivent des services qui répondent à des standards de qualité et de sécurité qui tiennent compte des attentes et des besoins des personnes. Le tableau 18 présente le bilan des plaintes reçues, examinées et conclues par les commissaires locaux des établissements selon les missions.

Au cours de l'exercice 2010-2011, les commissaires locaux des établissements ont reçu 236 plaintes. Au 1^{er} avril 2010, 35 plaintes étaient en voie de traitement, ce qui porte le nombre total de plaintes à 271. De ce nombre, les commissaires locaux ont formulé leurs conclusions après l'examen pour 243 plaintes. Au 31 mars 2011, 28 plaintes étaient en cours d'examen.

Le tableau 19 résume le bilan des plaintes adressées aux médecins examinateurs des CSSS. Ceux-ci ont reçu 57 plaintes en 2010-2011. Au 1^{er} avril 2010, 27 plaintes étaient en cours d'examen pour les six CSSS de la région, pour un total de 84 durant l'exercice 2010-2011. Les médecins examinateurs ont émis des conclusions à la suite de l'examen de 64 plaintes mettant en cause les services médicaux. Au 31 mars 2011, 20 plaintes étaient en cours d'examen.

Tableau 19
Plaintes traitées
par les médecins
examineurs
dans les
établissements
au 31 mars 2011

Mission d'établissement	Plaintes en voie de traitement au 1 ^{er} avril 2010	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2011
CH	27	55	82	62	20
CLSC	0	2	2	2	0
Total	27	57	84	64	20

Le total des plaintes adressées aux commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et aux médecins examinateurs est de 355 pour 2010-2011. Les commissaires locaux et les médecins examinateurs ont par conséquent connu une légère baisse du nombre de plaintes, par rapport à l'année 2009-2010, au cours de laquelle 380 plaintes avaient été déposées dans les établissements.

Recommandations du coroner

À la suite des conclusions et des recommandations du coroner, l'Agence a assuré une coordination des activités auprès des établissements. À ce titre, les conclusions de deux rapports ont fait l'objet d'un suivi par l'Agence auprès des directions générales, des responsables de la qualité et des responsables des unités de soins des établissements concernés par les recommandations. Ceux-ci ont mis en place les recommandations en offrant, entre autres, de la formation continue au personnel œuvrant dans les domaines spécifiquement en lien avec les conseils formulés par le coroner. Des avis et de l'information ont également été transmis au personnel des établissements, avec l'objectif de fournir des outils de prévention, comme le recommandait le coroner.

Plan d'action à l'égard des personnes handicapées

Différentes activités du plan d'action 2009-2012 ont été réalisées de façon à améliorer l'intégration des personnes handicapées à l'Agence. Mentionnons les actions suivantes :

- ↳ formation pour le personnel ayant des fonctions d'accueil afin de les habiliter à interagir auprès des personnes handicapées;
- ↳ identification des salles adaptées aux personnes handicapées qui peuvent être utilisées par l'Agence dans la région;
- ↳ amélioration du site Web de l'Agence.

■ Communautés autochtones

En 2010-2011, l'Agence a continué ses efforts pour adapter les interventions du réseau en milieu autochtone et assurer un accès équitable à des services de qualité aux membres des communautés autochtones de la région.

Sur le plan institutionnel, l'Agence a poursuivi sa collaboration par des rencontres et des échanges réguliers avec ses partenaires : Santé Canada, le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC) ainsi que la Commission de santé et de services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL).

Des travaux avec le MSSS, le MAINC, Santé Canada, le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT), le CR La Maison et le CRDIAT Clair Foyer ont été amorcés, à l'initiative de l'Agence, sur la question du financement des services de réadaptation pour la clientèle autochtone.

La coordonnatrice du secteur santé de la CSSSPNQL est venue rencontrer l'équipe de direction de l'Agence afin de se familiariser avec l'organisation des services offerts en région. Grâce à un programme, préparé par l'Agence, elle est ensuite allée rencontrer les directions générales du CJAT, du CSSS de la Vallée-de-l'Or et du CSSS Les Eskers de l'Abitibi afin de prendre connaissance des modalités de collaboration développées entre ces établissements et les communautés algonquines de leur territoire. Les échanges ont été fructueux pour tous les partenaires. L'Agence est également en contact régulier avec la Commission pour les dossiers relatifs au transport médical pour les membres des Premières Nations, aux services reçus par certains Algonquins en Ontario et concernant la problématique du suicide.

Concernant les communautés, l'Agence continue d'accompagner les centres de santé des communautés dans leurs projets ou de répondre à des besoins ponctuels. Elle a ainsi participé à différentes rencontres de travail et à l'inauguration de la résidence pour les aînés du Lac-Simon. Elle a poursuivi ses démarches pour développer la collaboration entre les centres de santé des communautés et les établissements. Les intervenants et le personnel infirmier des communautés sont régulièrement invités aux formations, colloques et autres événements organisés par l'Agence.

Les communiqués de presse produits par l'Agence sont systématiquement transmis aux directeurs des centres de santé, en tenant compte de la spécificité anglophone des communautés de l'Ouest.

Communauté du Lac-Simon

Au cours de l'exercice 2010-2011, l'Agence a intensifié son soutien à la communauté du Lac-Simon dans la crise qu'elle traverse depuis plusieurs années à la suite des suicides et tentatives de suicide de jeunes. Dans ce contexte, l'Agence est partie prenante d'un projet-pilote de clinique mobile *Mieux-être en santé mentale*, initié par la CSSSPNQL, et a participé à plusieurs rencontres avec le CSSS de la Vallée-de-l'Or, le CJAT, le Centre Normand et des représentants du Lac-Simon.

C'est également dans ce contexte que l'Agence a collaboré à l'organisation d'une formation sur la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q. c. P-38.001) pour les intervenants de la communauté et a poursuivi ses démarches auprès de Santé Canada afin de créer un poste d'agent de liaison entre le CSSS de la Vallée-de-l'Or et les communautés du Lac-Simon et de Kitcisakik. Cet agent de liaison faciliterait le continuum de services pour les membres de ces communautés qui utilisent les services du CSSS de la Vallée-de-l'Or.

Kitcisakik

L'Agence a organisé une rencontre avec les membres du comité de suivi de l'étude sur la santé et l'expérience de vie de femmes de Kitcisakik, phase 1 de la recherche-action, afin de leur présenter les résultats et les étapes suivantes du projet.

Une phase 2 de cette recherche-action, sur l'*Étude sur la santé et l'expérience de vie des hommes de Kitcisakik*, a été complétée et les résultats ont été révélés aux hommes de la communauté et aux bailleurs de fonds.

Pikogan

L'Agence a apporté son appui au projet soumis par la communauté de Pikogan dans le cadre du développement des services sociaux de première ligne dans les communautés autochtones. À la suite d'une présentation, par le directeur du centre de santé, des services de santé offerts aux membres de la communauté, les professionnels de l'Agence ont été interpellés pour de l'information concernant divers programmes.

Fonds de transition pour la santé des autochtones (FTSA)

L'Agence a poursuivi son implication dans le cadre des trois dossiers retenus :

- ↳ Le projet d'intégration *Niwijiwa Minomatsiwin* avec la communauté d'Eagle Village First Nation et le CSSS de Témiskaming-et-de-Kipawa a permis à ce dernier d'élaborer un projet clinique autochtone.
- ↳ La journée de sensibilisation à la culture et aux réalités autochtones, élaborée par l'Algonquin Nation Programs and Services Secretariat (ANPSS) en partenariat avec l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et destinée au personnel du réseau de la santé et des services sociaux, a rejoint 345 personnes.
- ↳ La collaboration et les échanges avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, le CSSS de la Vallée-de-l'Or et le CJAT ont permis la création de la Clinique Minowé. Une présentation du projet final a été faite par la directrice générale du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or au comité de direction de l'Agence.
- ↳ L'Agence a également participé, à l'invitation de la CSSSPNQL, au colloque présentant les projets réalisés au Québec par les communautés autochtones dans le cadre du FTSA.

Lutte contre l'homophobie

À la suite des démarches initiées par l'Agence auprès du Conseil tribal ANPSS en 2009-2010, 21 personnes, membres des communautés algonquines du Témiscamingue, ont participé à deux journées de sensibilisation à la problématique de l'homophobie.

Autochtones en milieu urbain

Consciente des problématiques vécues par la population autochtone vivant en milieu urbain, l'Agence a poursuivi sa collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. Elle a ainsi appuyé deux projets élaborés par ce centre et destinés à la clientèle autochtone, l'un pour la lutte au VIH-SIDA, l'autre pour la lutte à l'hépatite C. L'Agence travaille également en collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or pour le dossier de l'itinérance et a participé à ce titre à une journée d'étude et de réflexion collective organisée par le centre, autour de ce phénomène.

Itinérance

Préoccupée par le nombre croissant de membres des Premières Nations fréquentant la ressource d'hébergement temporaire à Val-d'Or, le *Dortoir*, l'Agence a organisé une rencontre avec le directeur du Centre de santé de Kitcisakik, la directrice du Centre de santé du Lac-Simon et le directeur général du CSSS de la Vallée-de-l'Or. Cette rencontre avait pour but de mieux cerner la problématique de l'itinérance pour les membres de ces deux communautés et d'identifier les pistes de collaboration les plus pertinentes avec le CSSS de la Vallée-de-l'Or. Les échanges ont permis d'alimenter la réflexion des partenaires institutionnels lors de la rencontre organisée à Québec par le MSSS, sur le thème de l'itinérance autochtone, à laquelle a participé l'Agence en mars 2011.

▣ Services préhospitaliers d'urgence

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse en vertu de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de cartes d'appel ouvertes au Centre de communication santé de l'Abitibi-Témiscamingue (CCSAT) pour la période du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2010	16 134	Répondre à tous les appels	16 528
Nombre de transports ambulanciers réalisés	12 568	Répondre à toutes les demandes de transport	12 875
Nombre de municipalités ayant un service de premiers répondants	2	S.O.	2

Commentaires

Les maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière sont : les premiers intervenants, les centres 9-1-1, les centres de communication santé, les services de premiers répondants, les services ambulanciers ainsi que les établissements receveurs. En conformité avec les orientations, les priorités et les objectifs ministériels, l'Agence doit coordonner les services préhospitaliers d'urgence.

Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence exerce l'autorité clinique pour le respect des normes de qualité : il contrôle et apprécie la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence et s'assure de la formation continue, du maintien et de l'évaluation des compétences du personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence.

Le programme d'amélioration continue de la qualité vise la révision et l'analyse des interventions cliniques effectuées par les techniciens ambulanciers et les premiers répondants, conformément au Plan qualité provincial. Les interventions révisées couvrent les champs d'intervention suivants : traumatismes majeurs, réanimation cardio-respiratoire, médico-légal, difficultés respiratoires, interventions avec administration de médicaments ainsi que les interventions où un usager à risque refuse les soins ou le transport vers l'établissement. Une fois la révision complétée, si des écarts sont constatés dans l'application des protocoles d'intervention clinique, un soutien est accordé aux techniciens ambulanciers concernés. Il se traduit par des rencontres de rétroaction et, si nécessaire, des formations et de l'encadrement clinique afin d'assurer l'accessibilité à des soins sécuritaires et de qualité pour la population.

Cette année, les entreprises ambulancières de la région ont effectué 12 875 transports, ce qui représente une augmentation de 307 transports par rapport à l'année précédente.

Zone	Nombre de transports selon les territoires en 2009 et 2010	2009	2010
801	Ambulances Témiscaming	362	363
802	Ambulances Abitémis (Ville-Marie)	815	794
803	Ambulances Abitémis (Rouyn-Noranda)	3298	3473
804	Ambulances Abitémis (La Sarre)	1576	1627
805	Ambulances Abitémis (Amos)	1409	1587
806	Ambulances Val-d'Or	3291	3194
807	Ambulance Senneterre	327	347
810	Ambulances Abitémis (Malartic)	513	503
811	Ambulances Abitémis (Notre-Dame-du-Nord)	301	323
812	Ambulance Boulay (Parc de la Vérendrye)	108	95
813	Ambulances Abitémis (Cadillac)	169	197
814	Ambulances Abitémis (Barraute)	264	238
820	Ambulance Bella-Meau (Bellevue)	135	134

Comme l'an dernier, on observe que 77 % des transports sont effectués à la suite d'appels de la population comparativement à 23 % qui proviennent des établissements du réseau.

Répartition des transports en fonction de la provenance :

	2009	2010
Transports effectués à la suite d'appels de la population	9675	9969
Transports effectués à la suite d'appels du réseau	2893	2906

Le directeur médical régional assume également l'encadrement médical du CCSAT. Le CCSAT est en activité depuis 2007. Il a pour fonction de recevoir les appels du centre 9-1-1 (appels provenant d'une personne ou d'un établissement qui demande l'intervention des services préhospitaliers d'urgence), de traiter les appels selon les priorités, conformément aux protocoles approuvés par le Ministre, d'affecter et de répartir les ressources préhospitalières disponibles de façon appropriée, efficace et efficiente. Tous les appels doivent être reçus et traités par le CCSAT et les informations relatives à un appel sont consignées dans une carte d'appel. Le nombre d'appels traités est passé de 16 134 en 2009 à 16 528 en 2010.

Les municipalités de la région peuvent faire la demande à l'Agence de mettre sur pied un service de premiers répondants puisque c'est elle qui est responsable de la formation et de l'accréditation de ces services. Elle est également responsable du programme de maintien des compétences et de l'assurance qualité des interventions qui sont posées par ces services. Le service de premiers répondants est sollicité par le CCSAT pour les appels d'urgence qui requièrent des premiers soins de stabilisation, conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés par le Ministre. Les premiers répondants appliquent les protocoles pour prévenir la détérioration de l'état de la personne en détresse et transfèrent aux techniciens ambulanciers la responsabilité des interventions à leur arrivée sur les lieux. À défaut d'avoir un service de premiers répondants, six municipalités de la région ont un véhicule d'urgence muni d'un défibrillateur externe automatisé.

▣ Violence faite aux femmes

En 2010-2011, l'Agence a poursuivi le soutien et la coordination de la Table régionale de concertation en matière de violence faite aux femmes.

Par ailleurs, l'Agence a contribué financièrement à la réalisation d'une activité de sensibilisation initiée par le Regroupement régional des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (RRCALACS) dans le cadre de la *Journée nationale de commémoration et d'action contre la violence faite aux femmes*.

Programmes de Services

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

■ Activités de jour et répit-dépannage

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Compléter les transferts des responsabilités et des sommes dévolues aux activités de jour et au répit-dépannage.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Transferts des responsabilités et des sommes dévolues aux activités de jour et au répit-dépannage et signature d'ententes	Travaux complétés et transferts réalisés	Transferts réalisés et signature d'ententes	Transferts réalisés et majorité des ententes signées

Commentaires

En ce qui concerne les activités de jour, des ententes de collaboration ou de service ont été signées entre les CSSS et sept des neuf organismes communautaires visés par ces transferts. Pour les deux autres organismes, des rencontres avec le CSSS de leur territoire respectif ont été tenues en vue de convenir d'une entente. Parmi ces organismes communautaires, huit reçoivent le financement pour les activités de jour par le biais du PSOC et l'autre détient une entente de service avec le CSSS de son territoire et obtient son financement par le biais du CSSS.

En ce qui concerne le répit-dépannage, un organisme communautaire sur trois a signé une entente avec le CSSS de son territoire. Pour les deux autres organismes, les CSSS concernés ont amorcé des échanges et prévoient conclure des ententes une fois que les travaux permettant de mieux baliser le répit complexe seront terminés.

Dans les territoires où il n'y a pas d'organisme communautaire visé par le transfert des ententes en répit-dépannage, la gestion du service s'est poursuivie par l'intermédiaire du CRDIAT Clair Foyer et le service de répit est disponible en ressource de type familial (RTF). Les CSSS de ces territoires, le CR La Maison et le CRDIAT Clair Foyer ont convenu des modalités de fonctionnement entre eux.

Note : Les activités de jour et le répit dépannage concernent également le programme service déficience physique.

▣ Services spécialisés – Troubles envahissants du développement

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de troubles envahissants du développement (TED) en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service ICI	11	14	21

Commentaires

La cible fixée par le MSSS est dépassée. En effet, 21 enfants ont bénéficié de l'approche ICI. La sensibilisation des milieux médicaux et le dépistage précoce en CSSS lors de deux périodes de vaccination chez les enfants de 18 mois et de 3 ans qui se poursuivent en région expliquent ces résultats. Le dépistage permet l'identification des retards globaux de développement, une des prémisses pour l'identification d'enfants pouvant être atteints de TED.

Les enfants peuvent bénéficier d'un soutien adapté dans leur milieu familial ainsi que dans le milieu de garde. Les parents sont accompagnés par des intervenants en provenance de différentes instances, dont le CSSS, le CR La Maison et la Société de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement de l'Abitibi-Témiscamingue (SATED-AT).

▣ Services spécialisés – Troubles envahissants du développement

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale pour les personnes ayant un TED en augmentant le nombre de personnes de 6 ans et plus desservies.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de personnes de 6 ans ou plus recevant un service spécialisé (TED)	111	97	126

Commentaires

L'objectif fixé par le MSSS est atteint et même largement dépassé, avec 29 personnes de plus que la cible. Une hausse de 15 usagers est observée par rapport à l'année précédente.

En ce qui a trait aux diagnostics de TED, on observe une augmentation des usagers ayant un diagnostic de type Asperger et de troubles envahissants non spécifiés.

■ Soutien à domicile – Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Attente administrative

Objectif de résultats Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinée 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 TED, en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	374	330	442
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile de la part des CSSS (mission CLSC) par usager DI et TED	7,48	7	7,3

Commentaires La cible visée pour le nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services à domicile est dépassée. Il est possible d'observer une augmentation de 68 usagers par rapport à l'année précédente, ce qui représente une hausse de 18 % de la clientèle. Cette hausse s'explique en partie par les travaux en lien avec la hiérarchisation des services, lesquels ont donné lieu à des transferts d'usagers vers les services de première ligne.

Cette augmentation a eu un impact sur le nombre moyen d'interventions auprès des usagers qui a légèrement baissé. Malgré cette diminution, le nombre moyen d'interventions par usager demeure plus élevé que la cible.

■ Soutien à domicile – Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Attente administrative

Objectif de résultats Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	227	220	230

Commentaires La cible ministérielle fixée à 220 usagers est légèrement dépassée. Le nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille a reçu des services de soutien par des allocations directes est demeuré semblable à celui de l'année précédente.

Déficiences physiques

■ Services spécialisés

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	2 215	2 346	2 387

Commentaires

La cible concernant le nombre de personnes rejointes par des services spécialisés est atteinte.

Le nombre de personnes desservies a augmenté en déficience motrice et auditive ainsi que pour les personnes présentant une déficience de la parole et du langage. On observe toutefois une légère baisse pour la déficience visuelle.

La liste d'attente est en hausse : elle est passée de 88 personnes au 31 mars 2010 à 94 au 31 mars 2011. Cette liste est composée en majorité de personnes présentant une déficience auditive et il s'agit d'âinés.

■ Soutien à domicile

Attente administrative

Objectif de résultats

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, en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1397	1481	1355
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile de la part des CSSS (mission CLSC) par usager (DP)	15,1	14,7	16,17

Commentaires

Le nombre de personnes ayant une déficience physique qui ont bénéficié des services de soutien à domicile par les CSSS n'atteint pas la cible. Toutefois, ce nombre continue de dépasser la cible du plan stratégique 2005-2010 fixée par le MSSS, soit 1 028 personnes en région. Les travaux amorcés au cours des années précédentes pour la correction de codification faisant passer des usagers de la déficience physique à la perte d'autonomie liée au vieillissement ont été réalisés au cours de cet exercice. Cette situation explique en partie la diminution observée du nombre d'usagers par rapport à l'année passée, soit une baisse de 3 %.

Cependant, la cible fixée par le MSSS pour le nombre moyen d'interventions par usager en soutien à domicile des CSSS est atteinte. Ce nombre moyen est supérieur à la cible de plus de 10 %. L'appropriation de la codification reste un défi en CSSS, afin de bien classer les usagers qui relèvent de la déficience physique. Certains diagnostics peuvent porter à interprétation et conséquemment à une mauvaise codification.

■ *Soutien à domicile – allocations directes*

Attente administrative

Objectif de résultats

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.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	205	214	215

Commentaires

La cible visée pour le nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe est atteinte pour la région.

Dépendances

▣ Jeu pathologique

Attente administrative

Objectif de résultats

Accroître l'accessibilité aux services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	62 personnes (58 joueurs et 4 personnes de l'entourage)	84 (46 si on tient compte du taux de prévalence réel)	70 personnes (65 joueurs et 5 personnes de l'entourage)

Commentaires

La cible régionale n'est pas atteinte. Toutefois, celle-ci, basée sur le plan stratégique ministériel 2005-2010, devrait être modifiée. En effet, les recherches plus récentes identifient plutôt une cible de 46 personnes pour la région, ce qui est largement dépassé.

On constate une augmentation de huit personnes suivies entre 2009-2010 et 2010-2011. Cette hausse s'explique notamment par le fait que plusieurs intervenants à l'accueil, évaluation et orientation (AEO) des CSSS de la région ont été formés à l'outil de détection DÉBA-jeu depuis 2009-2010. Ceux-ci sont soutenus par un intervenant pivot en dépendance en place dans chaque CSSS de la région. Les collaborations cliniques, la continuité des services entre la première et la deuxième ligne en dépendance et les activités de référence vers les services spécialisés en jeu pathologique ont nécessairement été consolidées.

▣ Toxicomanie - Services de première ligne

Attente administrative

Objectif de résultats

Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie à la suite d'une évaluation	111	107	132

Commentaires

Le résultat obtenu dépasse la cible visée pour 2010-2011. Au total, 132 jeunes ont été référés à des services spécialisés en toxicomanie à la suite d'une évaluation de leurs besoins. Il s'agit d'une augmentation significative comparativement à 2009-2010 et qui témoigne des efforts concertés de l'ensemble des partenaires de première et de deuxième ligne en dépendance en vue de rejoindre et d'accompagner les jeunes vers les bons services.

■ Toxicomanie - Services de première ligne

Attente administrative

Objectif de résultats | Assurer l'accès au *Programme Alcochoix+* dans chaque territoire de CSSS

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de CSSS dotés du <i>Programme Alcochoix+</i>	6/6	6/6	6/6
Nombre de personnes desservies	S.O.	S.O.	15

Commentaires

Le *Programme Alcochoix+* est accessible sur l'ensemble du territoire témiscabitiien. Au cours de la dernière année, l'Agence a apporté un soutien aux CSSS pour la promotion régionale du programme. Pour ce faire, le Service des communications et de la qualité de l'Agence a conçu et diffusé trois capsules radiophoniques. De plus, l'information relative à ce programme a été rendue disponible sur le portail régional de l'Agence. Enfin, certains CSSS ont aussi procédé à la promotion du programme sur le plan local.

Le comité régional des intervenants pivots en dépendance s'est réuni à trois reprises en 2010-2011. Ces rencontres ont favorisé le développement des compétences cliniques des intervenants et une bonification de l'organisation des services.

Au cours de l'année 2010-2011, 15 personnes ont bénéficié de ce programme.

■ Dépendance aux opioïdes

Attente administrative

Objectif de résultats | Assurer l'accès à un service régional de traitement de substitution aux opioïdes.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Projet-pilote de service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes	Service régional mis en place	Assurer l'accès au service régional	Accès assuré

Commentaires

La cible est atteinte. L'année 2010-2011 a permis l'implantation des modalités opérationnelles et cliniques du service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes. La clientèle de la région requérant ce service a été dirigée vers des cliniques de traitement de la dépendance aux opioïdes, lesquelles ont eu lieu à raison d'une journée par deux semaines, puis d'une journée par semaine. Le nombre de personnes qui se sont prévaluées du service s'élève à 84. Au 31 mars 2011, 69 personnes bénéficiaient d'un suivi de leur situation. Le service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes a été accessible tout au long de l'année et les heures d'ouverture ont été adaptées en fonction des besoins particuliers des personnes utilisatrices de ce service.

Le service est maintenant disponible à raison de deux demi-journées par semaine, en après-midi. Les heures d'ouverture ont été réorganisées en fonction des besoins spécifiques des usagers.

Pour la prochaine année, une évaluation de l'implantation du projet-pilote est prévue ainsi que la diversification de l'accès au service (accès à un médecin prescripteur sur plus d'un territoire de CSSS de la région). La consolidation des compétences cliniques des différents intervenants liés à ce service (médecins, personnel infirmier, pharmaciens et intervenants psychosociaux) par de la formation est également planifiée.

Jeunes en difficulté

■ Équipe d'intervention jeunesse

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accessibilité et la continuité des services aux jeunes en difficulté et à leur famille par l'implantation d'une équipe d'intervention jeunesse (EIJ) dans chaque territoire local de la région.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Proportion de territoires dotés d'une EIJ	50 %	50 %	50 %

Commentaires

La cible est atteinte. Trois territoires sur six ont une EIJ en place. Pour deux territoires peu peuplés, ce mécanisme n'apparaît pas nécessaire puisque les situations complexes sont traitées autrement, en collaboration entre les partenaires.

Le sixième territoire a un mécanisme qui permet de régler ces situations. On observe toutefois que quelques situations ont nécessité l'utilisation du mécanisme et que pour une seule le plan de services individualisé (PSI) a été requis. Cela semble peu selon l'analyse de l'Agence. Ainsi, un suivi sera assuré, car ce territoire couvre près du tiers de la population de la région.

En 2010-2011, 25 situations ont fait l'objet d'une analyse par les EIJ de la région. Dix-neuf ont nécessité l'élaboration d'un PSI. La moyenne des partenaires impliqués se situe à quatre et celle des problématiques traitées demeure à 3,5.

Les travaux régionaux des dernières années améliorent grandement l'accessibilité et la concertation entre les partenaires. Toutefois, pour l'ensemble des situations complexes présentant des problèmes multiples, les EIJ sont nécessaires afin de bien répondre aux besoins des enfants et de leur famille.

■ Expertise psychosociale

Attente administrative

Objectif de résultats

Répondre aux demandes d'expertise de la Cour dans les délais souhaités.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Délai moyen entre la date de réception de la demande par le CJAT et la date de transmission du rapport à la Cour	6,1 mois	3 mois	6,2 mois

Commentaires

La cible n'est pas atteinte. Les délais sont pratiquement les mêmes que ceux de 2009-2010. Malgré des recherches soutenues, la difficulté de recruter des psychologues demeure problématique et les efforts seront maintenus pour remédier à la situation. Un seul dossier est en attente d'une expertise psychosociale en date du 31 mars 2011.

■ Programme qualification des jeunes (PQJ)

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer la prestation de services par le PQJ.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de jeunes différents ayant bénéficié du PQJ	29	20	26

Commentaires

La cible est atteinte et même dépassée. Un financement additionnel du Secrétariat à la jeunesse a permis d'ajouter une troisième ressource en fin d'année. Donc, l'ensemble des jeunes pouvant bénéficier des services PQJ ont été inscrits. La région de l'Abitibi-Témiscamingue aura trois intervenants à temps complet toute l'année pour offrir ce service en 2011-2012.

■ Jeunes et leur famille en difficulté - Services de première ligne

Attente administrative

Objectif de résultats

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 et en augmentant le nombre d'interventions.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	2 803	2 200	3 000
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,92	7	6,93

Commentaires

La cible concernant le nombre d'usagers rejoints est largement dépassée.

Ceci a un impact sur l'intensité des services reçus en CSSS. Effectivement, le nombre moyen d'interventions par usager est demeuré stable et la cible est presque atteinte. Notons que deux CSSS sur six ont eu des difficultés de recrutement pendant plusieurs mois. Deux autres CSSS utilisent l'approche milieu qui s'adresse à une large partie de la population.

Par ailleurs, les services offerts comprennent la clientèle en milieu scolaire, qui correspond davantage au programme services généraux et nécessite moins d'interventions que les jeunes en difficulté : l'intensité des services en est par le fait même affectée.

▣ Jeunes et leur famille en difficulté - Services de deuxième ligne

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi de 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 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	12,95	12	14,04
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	9,17	20	5,90
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	4,44	14	4,27

Commentaires

La cible pour le délai d'attente à l'évaluation n'est pas atteinte. Les résultats incluent la clientèle autochtone sur réserve. L'augmentation des signalements ainsi que des problèmes de recrutement de personnel expliquent le résultat.

La cible concernant le délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse est atteinte et bien en deçà de la cible de 20 jours. Les efforts sont maintenus. Ici encore, les résultats incluent les autochtones sur réserve.

La cible est également atteinte et en deçà de la norme (14 jours) en ce qui concerne le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA. Les résultats englobent les autochtones sur réserve.

Notons que malgré une hausse des signalements reçus et retenus, le CJAT a réussi à améliorer de façon remarquable l'atteinte des indicateurs précédents à l'exception du délai d'attente à l'évaluation. Des travaux régionaux sont en cours afin d'améliorer la réponse et l'accessibilité des services en première ligne. Cela devrait faire diminuer les signalements reçus et retenus ainsi que les délais d'attente à l'évaluation.

▣ Services d'intervention en situation de crise

Attente administrative

Objectif de résultats

Augmenter le nombre de familles bénéficiant d'un *Programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise*.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de programmes d'intervention immédiate et intensive développés	4	4	4
Nombre d'usagers desservis par les programmes d'intervention immédiate et intensive	153	N/D	221

Commentaires

À ce jour, quatre CSSS sur six offrent des services d'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu. Pour l'ensemble de la région, 221 jeunes et familles ont été rejoints par ces services. Toutefois, les services en place ne correspondent pas à tous les standards de *l'Offre de service 2007-2012 Programme-services Jeunes en difficulté*. Des travaux de collaboration entre les CSSS et le CJAT sont en cours afin de répondre davantage aux standards et permettre la mise en place du *Programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE)* dans l'ensemble des CSSS. De plus ces travaux visent l'uniformité des pratiques, l'accessibilité à la formation et la supervision disponible en tout temps pour les intervenants.

■ *Service en négligence*

Attente administrative

Objectif de résultats

Offrir des services en négligence dans l'ensemble des territoires de CSSS.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Proportion de territoires de CSSS ayant un programme d'intervention en négligence	30 %	50 %	50 %

Commentaires

La moitié des territoires offre des services aux familles vivant des difficultés liées à la négligence. Toutefois, ces services correspondent partiellement aux critères et standards visés par l'offre de service Jeunes en difficulté.

À la suite d'un financement provenant du Secrétariat à la jeunesse, l'Agence a procédé à l'embauche d'une coordonnatrice régionale. Cette dernière a pour mandat la mise en place d'un programme en négligence dans chacun des CSSS. Elle doit s'assurer, entre autres, que les outils et les programmes choisis soient reconnus efficaces et conformes à l'ensemble des standards émis par le MSSS. Les travaux s'échelonneront sur une période de quatre ans.

Perte d'autonomie liée au vieillissement

■ Certification des résidences privées pour personnes âgées

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer aux résidants des résidences pour personnes âgées de la région des services sécuritaires et de qualité en faisant en sorte que les résidences obtiennent et renouvellent leur certification.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de résidences ayant obtenu leur certificat	53	55	51
Nombre de résidences devant renouveler leur certificat	S.O.	21	18

Commentaires

L'entrée en vigueur du projet de Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la certification de certaines ressources offrant de l'hébergement pour des clientèles vulnérables (loi 56), en date du 1^{er} février 2010, a apporté des modifications législatives au processus de certification des résidences privées pour personnes âgées. Ces dernières ont eu notamment pour effet de hausser de deux à trois ans la période de validité du *certificat de conformité de résidence pour personnes âgées* et de soumettre, non seulement les responsables de la résidence, mais également les membres des conseils d'administration, à une vérification des antécédents judiciaires.

Pour la première fois, le processus de renouvellement des certificats de conformité est mis en application. Les résidences dont le certificat de conformité a été délivré depuis deux ans ont été amenées à faire une demande de renouvellement de certificat de conformité, ce qui représentait 21 résidences privées pour la région. À la fin de l'année, 95 % des résidences concernées par ce processus avaient répondu à nouveau aux exigences de la certification, soit dix-huit résidences sur dix-neuf, car deux résidences n'étaient plus opérationnelles.

Une augmentation de 9 % du nombre des unités locatives (passant de 1 358 à 1 481) a été observée au cours de cette année, malgré le fait que le nombre de résidences privées soit demeuré stable. La proportion de résidences certifiées est demeurée élevée, avec 93 %.

Un soutien continu a été apporté aux exploitants des résidences privées qui requéraient de l'aide pour obtenir leur certificat de conformité. Les travaux se sont poursuivis dans le cadre du mécanisme de coordination (MSSS - Sécurité publique - Service incendie - Agence) pour deux résidences, qui avaient des difficultés à répondre aux exigences liées à l'évacuation des personnes âgées en cas d'incendie et aux normes de sécurité des bâtiments, afin de trouver des pistes de solution.

■ *Maintien dans la communauté – Soutien des proches aidants*

Attente administrative

Objectif de résultats

Soutenir les proches aidants.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Mobilisation et implication des acteurs reconnus et préoccupés par la situation des aînés	S.O.	Impliquer les acteurs reconnus	Participation de tous les CSSS et de la majorité des organismes concernés
Mise en place d'un Carrefour de soutien aux aidants (CSA)	S.O.	Constitution d'un comité de travail	Comité constitué

Commentaires

Les cibles sont atteintes. En 2010, deux rencontres d'information ont été tenues dans la région, soit les 10 décembre 2010 et 11 mars 2011. Ces rencontres avaient pour objectifs d'informer les acteurs clés concernés par l'offre de service auprès des aidants et d'amorcer une mobilisation autour de la mise en place d'un CSA, suggéré par l'APPUI, organisme qui soutient financièrement, sur une période de dix ans, le développement et les opérations du CSA. Un tel projet vise à doter la région d'un guichet pour évaluer les besoins des proches aidants et faciliter l'accès aux services disponibles en région. Le CSA agit de manière à soutenir et accompagner les acteurs locaux dans l'accroissement et le déploiement des services d'information, de formation, de soutien psychologique et de répit en complémentarité avec ceux offerts et disponibles en région.

Ces rencontres ont permis de réaliser les deux premières activités prévues dans la démarche d'implantation d'un CSA, qui étaient de rejoindre les acteurs clés concernés, soit l'ensemble des CSSS et la majorité des organismes impliqués auprès des proches aidants, et d'élaborer une proposition de composition d'un comité de travail à mettre en place. Les travaux pour la constitution du comité de travail ont été menés à bien et une première rencontre a été planifiée.

■ *Services dans la communauté – Perte d'autonomie liée au vieillissement*

Attente administrative

Objectif de résultats

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.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	3 957	3 187	3 981
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	27,6	24	32,5

Commentaires

Les deux cibles sont dépassées. Les services de soutien à domicile sont en croissance constante et rejoignent 18,8 % de la population âgée de 65 ans et plus, soit au-delà des attentes ministérielles. Le nombre moyen d'interventions par personne par année est également supérieur à la cible. Mentionnons aussi que cet indicateur ne tient pas compte des services offerts par le biais d'allocations directes ou par des achats de services auprès d'entreprises d'économie sociale.

▣ Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en CHSLD en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,44	3,0	3,48
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,28	0,23	0,31

Commentaires

Les cibles sont atteintes pour les deux indicateurs et les résultats dépassent les attentes ministérielles.

Santé mentale

▣ Services de crise et d'intégration dans la communauté

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves par les services de soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants).

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
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	81,4 (246 usagers différents)	90,1 (283 usagers différents)	90,7 (307 usagers différents)

Commentaires

La cible est atteinte pour le soutien d'intensité variable dans la communauté.

Précisons que ces résultats ne reflètent pas l'ensemble des services d'intégration dans la communauté reçus par les personnes atteintes de troubles mentaux de la région.

- ↳ En effet, un des CSSS n'assure aucun service directement, mais le fait par le biais d'une entente de service avec un organisme communautaire. Cet organisme a rejoint 162 usagers différents au cours de l'année, soit 60,2 personnes en moyenne par période, entre avril 2010 et mars 2011.
- ↳ De plus, dans quatre autres territoires de CSSS, des organismes communautaires assurent des suivis dans la communauté auprès de cette clientèle, ce qui n'est pas comptabilisé par l'indicateur. C'est le cas de 121 personnes, en moyenne par période, certains de ces usagers ayant reçu les services conjointement du CSSS et d'un organisme communautaire.

Ajoutons que les personnes qui requièrent un suivi intensif dans le milieu sont incluses dans l'ensemble de la clientèle, car aucun territoire n'a la masse critique d'usagers pour mettre en place une équipe dédiée au suivi intensif. Les services de soutien d'intensité variable dans la communauté sont donc adaptés à ces personnes.

L'Agence continue d'apporter son soutien pour l'amélioration de ces services par des rencontres régionales, l'organisation et la tenue d'une formation régionale pour les équipes de suivi dans la communauté incluant les intervenants des organismes communautaires. Ainsi, au cours de l'année 2010-2011, la formation a permis de préciser la définition du soutien d'intensité variable (SIV) à l'aide de balises cliniques et organisationnelles qui ont été inscrites dans le Guide de saisie en santé mentale.

▣ Services de première ligne

Attente administrative

Objectif de résultats

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

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	2 044	2 883	2 895

Commentaires

La cible a été atteinte en incluant la clientèle suivie en ressource de type familial qui a un profil de première ligne. Quand on décortique le résultat selon l'âge, la cible de 602 n'est pas atteinte pour les jeunes, car ce sont 493 clients de moins de 18 ans qui ont été desservis. Par contre, la cible de 2 281 adultes est dépassée, la clientèle de 18 ans ou plus totalisant 2 402 usagers.

Les résultats diffèrent de ceux de l'année 2009-2010 essentiellement parce que la définition des services de première ligne a été revue au cours de l'année 2010-2011. Ceci a eu pour effet de transférer une partie de la clientèle de deuxième ligne vers la première ligne. Auparavant, on surestimait la clientèle de deuxième ligne, car les balises cliniques et organisationnelles n'étaient pas assez précises. Les effets complets de cette nouvelle répartition de la clientèle seront observés en 2011-2012.

Ainsi, les balises cliniques associées aux services de première ligne ont été définies plus clairement lors d'une démarche soutenue par l'Agence. Ces balises ont été transcrites dans le guide de saisie en santé mentale et ont fait l'objet d'une appropriation par les équipes de santé mentale dans chacun des CSSS, en collaboration avec les pilotes I-CLSC.

Pour expliquer les résultats de 2010-2011, outre le changement de pratique parfois difficile à intégrer, des ajustements quant au fonctionnement des guichets uniques des CSSS devront être apportés. L'obligation d'acheminer les références aux guichets uniques exige que les médecins et les partenaires respectent la hiérarchisation des services en santé mentale.

Au cours de l'année, les gestionnaires ont poursuivi leurs efforts en ce qui concerne la promotion de la hiérarchisation des services spécialisés en santé mentale, l'utilisation de nouveaux outils d'évaluation, le recrutement de professionnels considérant les départs et les congés temporaires ainsi que la recherche d'effectifs médicaux en psychiatrie.

L'Agence apporte un soutien constant aux CSSS, notamment pour l'organisation et la consolidation des services de première ligne.

▣ Services de première ligne

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 30 jours.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de première ligne en santé mentale est supérieur à 30 jours	141,7 en moyenne dans l'année	0,0 en moyenne dans l'année	133,8 en moyenne dans l'année

Commentaires

La cible, qui est une moyenne d'utilisateurs par période, n'est pas atteinte ni pour la clientèle en attente de moins de 18 ans (18,8) ni pour les adultes dans cette situation (115,0).

Ces résultats reflètent le manque de ressources non médicales et médicales (omnipraticiens) en première ligne pour les utilisateurs aux prises avec un trouble mental, diagnostiqués ou en voie de l'être, et ayant besoin d'un suivi par un intervenant de santé mentale sans suivi conjoint avec un médecin spécialisé. Des guichets d'accès unique sont encore en implantation dans certains CSSS. Des ajustements sont aussi nécessaires quant à l'utilisation d'outils d'évaluation pour la clientèle adulte.

Pour les moins de 18 ans, on observe une nette amélioration entre 2009-2010 (67,1) et 2010-2011 (18,8). Cependant, faute de ressources en pédopsychiatrie, beaucoup d'utilisateurs de moins de 18 ans sont évalués et traités en première ligne malgré le besoin de suivi conjoint.

En région, ce sont les mêmes équipes qui interviennent en première et en deuxième ligne. Ainsi, leur tâche est influencée par la présence ou non au dossier d'un psychiatre ou d'un pédopsychiatre.

▣ Services de première ligne – Équipe en santé mentale

Attente administrative

Objectif de résultats

Planter ou consolider les équipes de première ligne en santé mentale dans les CSSS.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de 1 ^{re} ligne en santé mentale pour les jeunes	8,7	8,4	11,2
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de 1 ^{re} ligne en santé mentale pour les adultes	16,4	28,3	30,3

Commentaires

La répartition des postes entre la première et la deuxième ligne est faite en référence au nombre d'interventions, celles sans suivi conjoint d'un psychiatre (ou l'équivalent) étant considérées en première ligne. En 2010-2011, la cible est dépassée tant pour les postes auprès des jeunes que des adultes. Ces résultats et la grande augmentation depuis 2009-2010 reflètent en réalité l'application des balises révisées pour la définition des services de première et deuxième ligne.

Auparavant, le nombre d'interventions en première ligne était sous-estimé, à cause de l'interprétation trop large du suivi médical conjoint. Il reste que le partage des ressources entre les deux lignes de services provient d'un calcul, étant donné l'intégration des équipes dans les CSSS.

Au cours de l'année, le recrutement de personnel a occupé une grande place afin d'attirer des professionnels spécialisés en santé mentale à l'intérieur des équipes des CSSS. Les investissements des dernières années dans les CSSS ont servi prioritairement à l'embauche de ressources assignées aux guichets uniques et aux services de première ligne. Pour certains établissements, un suivi clinique plus intensif et un réaménagement des postes s'avèrent essentiels pour combler le manque en première ligne. Le changement de pratique clinique et organisationnelle, de même que la pénurie de pédopsychiatres en région et, de psychiatres pour certains CSSS, exercent une pression importante sur les équipes en santé mentale.

▣ Services de deuxième ligne

Attente administrative

Objectif de résultats

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

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ou de 3 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	25,6 en moyenne dans l'année (9 au 31 mars)	17 en moyenne dans l'année (0 au 31 mars)	32,2 en moyenne dans l'année (26 au 31 mars)

Commentaires

La cible n'est pas atteinte, ni pour la moyenne par période dans l'année ni au 31 mars 2011. Toutefois, la situation diffère pour les jeunes et les adultes. Pour les jeunes, la moyenne est de 0,9 et la clientèle en attente au 31 mars est de 5. Pour la clientèle adulte, la moyenne se situe à 31,3 et le résultat au 31 mars est de 21.

Il est probable que le nombre d'usagers en attente de services de deuxième ligne ait été surestimé une bonne partie de l'année, surtout pour la clientèle adulte, c'est-à-dire avant les précisions apportées aux balises cliniques et organisationnelles pour la définition des services de première et deuxième ligne.

Le résultat positif pour les jeunes est influencé par la promotion des guichets d'accès unique au sein des CSSS, le respect de la hiérarchisation des services en santé mentale et un meilleur arrimage entre les services psychosociaux et les services de santé mentale. Cependant, les difficultés de recrutement ou de remplacement des ressources médicales et non médicales nuisent à l'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale. Néanmoins, certains psychiatres occupant un poste à l'adulte acceptent d'évaluer des usagers de moins de 18 ans (14-17 ans) dans la plupart des CSSS. Le plan d'organisation des services régionaux en pédopsychiatrie, adopté par l'Agence, est en implantation. Le CSSS de la Vallée-de-l'Or, mandataire des services spécialisés en pédopsychiatrie, a procédé à l'embauche d'une ressource qui assurera la coordination des services régionaux en pédopsychiatrie. Le plan d'organisation s'inspire de pratiques axées sur les soins partagés, tant sur le plan médical qu'interdisciplinaire.

■ Services d'intégration dans la communauté

Attente administrative

Objectif de résultats

Offrir une gamme de services dans la communauté pour les gens souffrant de troubles graves.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de soutien d'intensité variable (SIV)	8,13	19,5	8,74
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi intensif	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

La cible n'est pas atteinte malgré une augmentation de 0,61 poste ETC depuis l'an dernier. Ceci est dû en partie à une redéfinition des services et de la clientèle en lien avec la formation reçue au cours de l'année 2010-2011. Les CSSS ont aussi des difficultés de recrutement pour pourvoir des postes vacants et pour remplacer les absences temporaires de leurs intervenants.

Les services de SIV sont offerts par quatre CSSS. Ceux-ci le font en complémentarité avec les organismes communautaires en santé mentale de leur territoire. Pour ce qui est des deux autres CSSS, l'un offre le SIV exclusivement dans le cadre d'une entente de service avec un organisme communautaire et l'autre, situé sur un très petit territoire, dessert cette clientèle en partie avec ses services réguliers de soutien à domicile.

Les responsables de ces services ont besoin d'accompagnement et de soutien de la part d'experts. L'Agence a planifié la venue en région de superviseurs à l'automne 2011 qui agiront selon les besoins des territoires.

La clientèle requérant des services de suivi intensif se retrouve aussi dans les services de SIV sans la présence soutenue d'une équipe interdisciplinaire ni la participation d'un médecin, ce qui alourdit la tâche des intervenants. Par ailleurs, les équipes de SIV travaillent en collaboration avec les partenaires de la communauté, ce qui facilite grandement la prévention de rechutes.

Santé physique

■ *Agrément des maisons de soins palliatifs*

Attente administrative

Objectif de résultats

Compléter l'agrément de l'ensemble des maisons de soins palliatifs de la région.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de maisons de soins palliatifs agréées	2	3	3

Commentaires

En vertu de l'article 454 de la LSSSS, la Maison du Bouleau blanc, qui avait rempli seulement 26 des 39 conditions préalables à un agrément, a entamé en mars 2010 un nouveau processus d'évaluation de ses services. L'organisme situé à Amos a fourni à l'Agence la preuve que les 13 autres conditions de maintien ont été remplies et il a ainsi obtenu son agrément jusqu'en mars 2012.

La Maison de soins palliatifs de Rouyn-Noranda ainsi que la Maison de la Source Gabriel inc. de Val-d'Or ont rempli l'ensemble des 39 conditions de l'agrément (conditions préalables et conditions de maintien) et ont obtenu du MSSS leur agrément jusqu'au 31 mars 2012.

La prochaine démarche d'agrément doit être entreprise à l'automne 2011 pour les trois maisons de soins palliatifs de la région.

■ *Centre virtuel en santé et services sociaux*

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Implanter le Centre virtuel de santé et de services sociaux.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Déploiement de la phase 1	S.O.	Phase 1 déployée	Phase 1 déployée

Commentaires

Les travaux amorcés depuis quelques années par une analyse de besoins des établissements ont permis de réaliser le déploiement de la première phase de l'implantation du Centre virtuel de santé et de services sociaux. Ce projet de télésanté du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) a été réalisé en collaboration avec les établissements et l'Agence. Des coordonnateurs régionaux et locaux se sont assurés du bon déroulement des travaux.

Dès l'automne 2010, treize stations de visioconférence ont été livrées et installées dans sept établissements de la région. Quatre comités cliniques se sont alors mis en place au CUSM pour travailler à l'élaboration des offres de service en télécardiologie, en téléobstétrique, en téléoncologie et en télépsychiatrie adulte et pédiatrique.

En janvier 2011, des utilisateurs potentiels ont suivi la formation offerte à distance par le CUSM.

Le début du projet-pilote en téléoncologie pour le soutien à la pratique des infirmières pivots en oncologie, des infirmières aux traitements en oncologie et des infirmières des soins palliatifs de la région est prévu en mai 2011.

■ Chirurgie

Attente administrative

Objectif de résultats

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

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	96 %	96 %	95,6 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	95 %	95 %	85,2 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	97 %	97 %	97 %

Commentaires

Les cibles sont atteintes, sauf pour les chirurgies du genou dont les délais ont augmenté pour une partie de la clientèle. Le CSSS Les Eskers de l'Abitibi, établissement qui effectue ces chirurgies, a procédé à la mise en place d'une clinique musculosquelettique (projet-pilote) qui a également entraîné une augmentation de la demande en chirurgies de la hanche et surtout du genou.

Par ailleurs, même s'il ne s'agit pas d'une cible de l'entente de gestion, plus de 98 % des chirurgies effectuées en Abitibi-Témiscamingue sont réalisées dans un délai de moins de six mois; un suivi des cas hors délai est effectué par l'Agence. La majorité des situations, où un délai plus long est constaté, concerne les chirurgies bariatriques. Le CSSS de la Vallée-de-l'Or, responsable de cette intervention, révise actuellement son processus de travail afin d'améliorer l'accès à ce type de chirurgie.

Les travaux en vue d'améliorer l'accès aux services d'imagerie ont débuté en février 2010. Une diminution des délais d'attente pour les examens diagnostiques pourrait entraîner une augmentation du nombre de personnes et des délais pour la chirurgie.

■ Continuum de services en traumatologie

Attente administrative

Objectif de résultats

Mettre à jour le Plan directeur régional en traumatologie de l'Abitibi-Témiscamingue 2010-2012.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Mise à jour du Plan directeur régional en traumatologie	S.O.	Plan mis à jour	Plan mis à jour

Commentaires

Ce plan identifie les actions régionales à poser par les différents acteurs et précise les liens des quatorze maillons de la chaîne d'intervention formant le continuum de services en traumatologie au Québec. Ce plan permet d'adapter les actions en fonction des réalités nationales et régionales en vue d'améliorer, de façon continue, la performance et la qualité des services offerts aux victimes de traumatismes. Ce plan précise également les indicateurs qui serviront à évaluer son évolution. Il veille ainsi sur la qualité du continuum des services en traumatologie.

Le Plan directeur régional en traumatologie a été déposé pour commentaires au comité régional de traumatologie, au comité de direction de l'Agence ainsi qu'auprès du groupe-conseil de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Ce dernier ayant accepté le document de travail, le plan sera maintenant approuvé par le conseil d'administration de l'Agence et déposé ensuite au MSSS.

■ Infertilité et services de procréation assistée

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer l'accès à des services de deuxième ligne en infertilité et en procréation assistée.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Désignation d'un centre régional pour les services de 2 ^e ligne en infertilité et en procréation assistée	S.O.	Désignation d'un centre régional	Travaux réalisés et rapport des experts à venir

Commentaires

Depuis le 5 août 2010, les services de procréation assistée sont gratuits au Québec. Les CSSS de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda ont déposé à l'Agence une offre pour des services d'infertilité en deuxième ligne. Le 22 décembre 2010, une équipe d'experts de l'Hôpital Royal-Victoria, composée d'un médecin spécialiste, d'une infirmière gestionnaire et d'une gestionnaire en administration ainsi que de deux représentants de l'Agence, ont réalisé une tournée d'évaluation des services offerts actuellement dans ces deux établissements. Le rapport des experts est attendu afin de procéder à la désignation d'un centre régional.

■ Lutte contre le cancer

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer le soutien clinique aux professionnels impliqués auprès de la clientèle atteinte d'un cancer.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Activités de soutien variées	S.O.	Formations, supervision et échanges cliniques	Formations, supervision et échanges cliniques

Commentaires

Soutien à l'interdisciplinarité : Le travail en interdisciplinarité se développe dans les cinq équipes d'oncologie de la région. Au cours de l'année 2010, deux tournées régionales de formation ont eu lieu, soit en mars et en novembre. D'autres journées de soutien et de formation sont prévues en 2011.

Supervision clinique pour les infirmières pivots en oncologie : Des séances de supervision clinique sont en préparation dans le cadre du projet de centre virtuel de santé et de services sociaux. Ainsi, dès le printemps 2011, des séances en téléoncologie seront offertes par le RUIS McGill aux infirmières pivots en oncologie, aux infirmières en oncologie et aux infirmières des soins palliatifs des régions de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec. Ces séances viendront enrichir la pratique des infirmières qui seront appelées à présenter des histoires de cas en oncologie.

Comité des thérapies du cancer : Depuis février 2010, un Comité des thérapies du cancer offre, en visioconférence mensuelle, du soutien clinique aux professionnels de la région. Divers thèmes sont abordés. Le comité est animé par Docteure Liette Boyer, hémato-oncologue du CSSS Les Eskers de l'Abitibi en collaboration avec le Comité d'évaluation des pratiques oncologiques (CEPO) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). L'activité est également accessible aux professionnels de la région 10.

■ Lutte contre le cancer

Préoccupation régionale

Objectifs de résultats

Adhérer au mécanisme d'accès aux services de radio-oncologie.
 Implanter un registre local du cancer dans les CSSS visés.
 Mettre à jour le *Programme régional de lutte contre le cancer*.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de CSSS se conformant au mécanisme d'accès aux services de radio-oncologie	S.O.	5 CSSS	5 CSSS
Registre local du cancer implanté dans chaque CSSS	S.O.	Phase 1 réalisée	Phase 1 réalisée
Bilan du <i>Programme régional de lutte contre le cancer</i>	S.O.	Bilan réalisé	Bilan réalisé

Commentaires

Adhésion au mécanisme d'accès aux services de radio-oncologie : La cible est atteinte pour la région. Le projet de loi 33, modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, a pour but d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés. La Direction de la lutte contre le cancer a pour mission de mettre en place les mécanismes nécessaires pour répondre aux besoins des personnes et de leurs proches. Elle a publié le *Mécanisme central de gestion de l'accès aux services de radio-oncologie*. Le principal corridor de services pour la clientèle de l'Abitibi-Témiscamingue nécessitant des traitements de radiothérapie est le Centre de cancérologie de Gatineau. Ainsi, au cours de l'année 2011-2012, les cinq CSSS de la région doivent s'assurer d'y référer 85 % de la clientèle nécessitant des traitements de radio-oncologie.

Implantation d'un registre local du cancer : En janvier 2011, la Direction de la lutte contre le cancer a demandé la collaboration des établissements possédant un laboratoire de pathologie pour démarrer la phase 1 de l'implantation du registre québécois du cancer. Les CSSS de Rouyn-Noranda, de la Vallée-de-l'Or et Les Eskers de l'Abitibi ont pris part à l'exercice qui consiste à répertorier tous les rapports de pathologie, ayant un diagnostic de cancer, à partir du 1^{er} janvier 2011 et à les transmettre à la RAMQ. Chacun des établissements a complété l'exercice à l'intérieur du délai alloué par le MSSS. La phase 2 exigera l'implantation d'une solution permettant l'ajout de renseignements sur quatre types de cancer, soit le cancer du poumon, de la prostate, du sein et colorectal. D'ici décembre 2012, tous les centres d'oncologie qui administrent des traitements (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie) devront se doter d'un registre local.

Programme régional de lutte contre le cancer : Le programme 2003-2008 doit être mis à jour. L'analyse des plans locaux de lutte contre le cancer et le suivi des recommandations faites par le groupe-conseil du MSSS en 2006-2007 ont permis à l'Agence de produire l'*État de réalisation – Programme de lutte contre le cancer en Abitibi-Témiscamingue*. Ce document, approuvé par les membres du Comité régional de lutte contre le cancer, servira à dresser le plan d'action régional de lutte contre le cancer. Une équipe régionale sera mise en place afin d'élaborer un plan d'action selon les orientations prioritaires 2007-2012 du *Programme québécois de lutte contre le cancer*.

■ Maladies chroniques

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Consolider l'organisation des soins et des services intégrés de lutte aux maladies chroniques par la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de CSSS ayant une équipe intégrée pour la prise en charge des cas complexes	S.O.	6	4
Nombre de projets cliniques <i>maladies chroniques</i> adoptés	S.O.	6	1
Liens de collaboration entre les CSSS et les GMF	S.O.	6	5

Commentaires

Les cibles sont partiellement atteintes. Tous les CSSS ont intensifié la démarche d'implantation de leur modèle idéal de lutte aux maladies chroniques selon les composantes du modèle régional. Plusieurs services cliniques spécialisés sont offerts à la population par des équipes interdisciplinaires. Des liens sont amorcés entre les équipes des CSSS et les équipes des GMF. Toutefois, poursuivre l'arrimage entre les diverses équipes dans les établissements demeure un défi. Un seul CSSS a complété la rédaction du projet clinique et les autres ont planifié de le terminer au cours de la prochaine année.

Le *Programme autogestion des soins en maladies chroniques* a été implanté dans trois CSSS sur quatre. Le départ de la coordonnatrice dédiée au projet dans un territoire en explique la non-participation. Les animateurs locaux et les coordonnatrices du programme ont été formés pour donner les ateliers aux personnes atteintes de maladies chroniques. Pour les trois territoires, sept groupes ont été formés, dont un groupe anglophone, avec la participation de 46 personnes au total. Les premiers résultats apparaissent fort prometteurs. À leur demande, une présentation du programme a été faite à des représentants du MSSS.

Dans le cadre de la recherche sur les cibles d'amélioration de la qualité, laquelle vise à améliorer la prévention et le suivi des maladies chroniques, tous les CSSS ont participé aux rencontres comme prévu. Des indicateurs de qualité ont été retenus par les équipes des CSSS, lesquels s'engagent à en tenir compte et à suivre ces données pour améliorer leur offre de service à la population.

■ Soins palliatifs

Attente administrative

Objectif de résultats

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 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	468	431	435
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	18,1	15,4	16,6

Commentaires

La cible 2010-2011 est atteinte, autant pour le nombre d'usagers que pour l'intensité des services. On observe cependant une baisse de 7 % du nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile par rapport à 2009-2010. Mentionnons toutefois qu'il n'y a pas de liste d'attente pour ces services.

En 2010-2011, trois CSSS ont vu une diminution de leur nombre d'usagers desservis. Deux CSSS comptent un nombre d'usagers comparable à celui de l'année précédente et un CSSS a doublé son nombre d'usagers.

Santé publique

■ *Habitudes de vie et maladies chroniques - Dépistage du cancer du sein*

Attente administrative

Objectif de résultats

Consolider le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Taux de participation au PQDCS	66,3 %	70 %	66,4 %

Commentaires

Le taux de participation de la région représente 66,4 %, ce qui n'atteint pas la cible, mais demeure plus élevé que la moyenne provinciale qui est de 57,6 %. À noter que trois centres de dépistage désignés (CDD) ont un taux de participation supérieur à la cible provinciale (70 %). Il s'agit des CDD suivants : Lac-Témiscamingue (73,8 %), des Aurores-Boréales (75 %) et Les Eskers de l'Abitibi (71,1 %).

Le territoire du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa a reçu la visite de la clinique accréditée de radiologie (CLARA) en février 2010.

À la suite de la mise en œuvre des recommandations proposées dans le document *Bilan de la tournée régionale des centres de dépistage désignés (CDD) 2009*, certains ont effectué différents changements dans l'organisation des services pour diminuer les délais. Voici quelques exemples :

- ↳ essai d'horaires de soir ou de fin de semaine pour les rendez-vous de mammographie pour examen d'investigation;
- ↳ inscription des données à chaque semaine dans SI-PQDCS;
- ↳ désignation dans chaque CDD d'au moins un médecin volontaire pour la prise en charge : rencontre avec les infirmières des GMF;
- ↳ lecture des films plus fréquente par les radiologistes, afin de réduire les délais de réponse aux femmes.

Une formation *Mise à jour PQDCS* a été offerte au personnel de bureau du département d'imagerie médicale des CDD de la région en décembre 2010. Les objectifs de la formation étaient de sensibiliser le personnel à l'importance et à l'impact de leur travail dans le PQDCS, favoriser une révision des pratiques du personnel et harmoniser les pratiques sur le plan régional. Au total, 22 personnes (secrétaires médicales, réceptionnistes, technologues, coordonnatrices) ont bénéficié de cette activité.

Enfin, plusieurs outils ont été réalisés au cours de l'année à la demande du personnel des CDD, par exemple :

- ↳ un arbre décisionnel afin de faciliter la tâche du personnel en imagerie médicale pour déterminer, dans le cas de questionnements, le choix de la mammographie selon l'état de la femme;
- ↳ un outil de calcul afin de connaître l'évolution de la population admissible pour la planification des services;
- ↳ un algorithme pour la prise en charge de la femme qui a un résultat anormal.

■ Prévention des maladies chroniques

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Identifier une équipe locale, dédiée à la promotion des saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques (alimentation, activités physiques, non-usage du tabac) qui s'arrimera au continuum de services.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Équipes dédiées dans chaque CSSS	S.O.	6 équipes dédiées en place	6 équipes dédiées en place

Commentaires

Les équipes dédiées à la promotion des saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques des CSSS interviennent auprès des milieux visés par le *Programme 0•5•30 Combinaison prévention*. Elles soutiennent également le déploiement des plans d'action locaux des partenaires Québec en forme.

Des actions sont amorcées afin de faciliter l'arrimage des interventions entre les intervenants en saines habitudes de vie, soit les équipes 0•5•30 Combinaison prévention, les intervenants des centres d'abandon du tabagisme, les accompagnateurs École en santé et, éventuellement, les infirmières des GMF. Le modèle de GMF+ proposé par le CSSS des Aurores-Boréales présente un intéressant modèle d'arrimage entre le GMF et les équipes locales de lutte aux maladies chroniques.

Outre le projet régional en cuisine santé, le comité intersectoriel régional en saines habitudes de vie soutient et participe à une démarche d'identification de besoins régionaux. L'objectif est d'élaborer un plan d'action régional en promotion des saines habitudes de vie et de favoriser l'émergence de projets de mobilisation pouvant être soutenus par différents fonds, notamment le Fonds Québec en forme.

La région s'est démarquée encore une fois cette année par son taux de participation régionale au Défi J'Arrête, j'y gagne et au Défi Santé 5/30 équilibre en se classant au troisième rang au Québec. On se doit de souligner le dynamisme des équipes locales de promotion des saines habitudes de vie qui ont grandement contribué à cette belle reconnaissance.

■ Jeunes et famille – Animation de jeunes en milieu rural

Préoccupation régionale

Objectifs de résultats

Soutenir les locaux de jeunes en milieu rural dans le but de faciliter la consolidation de cette mesure. Soutenir la mise en place d'actions faisant la promotion et facilitant l'adoption d'une saine alimentation, d'un mode de vie physiquement actif et le développement des compétences sociales.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de territoires de CSSS participant à l'Entente de concertation régionale Jeunes en milieu rural	5/5	5/5	5/5

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de territoires mettant en place des initiatives de promotion et d'adoption d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif	5/5	5/5	5/5

Commentaires

Depuis la signature de la deuxième *Entente de concertation régionale Jeunes en milieu rural*, renouvelée en mars 2009, les partenaires se sont concentrés sur trois axes d'actions. Les mandataires ainsi que les partenaires locaux et régionaux ont agi sur la prévention des toxicomanies, la participation citoyenne et les saines habitudes de vie (alimentation et activité physique). À ces actions, s'ajoute l'objectif d'associer les parties à la mise en place, au développement, à l'animation et à la consolidation des comités et des locaux de jeunes en milieu rural de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette mesure s'adresse plus particulièrement aux jeunes de 12 à 17 ans.

Afin d'en arriver au renouvellement de l'entente en 2012, le comité de suivi a mis en place un mécanisme permettant un retour sur les intentions, les actions et les résultats de l'entente précédente et actuelle. Cette analyse sera effectuée à la lumière des résultats de l'étude d'impact menée en 2008 par l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Les locaux de jeunes sont toujours représentés au sein des cinq regroupements locaux de partenaires Québec en Forme de la région et sont reconnus comme étant les lieux privilégiés pour travailler avec la clientèle de 12 à 17 ans en milieu rural. Ils bénéficient ainsi d'un soutien financier de la part des regroupements locaux afin d'accomplir des actions favorisant les saines habitudes de vie.

Une formation, à l'intention des animateurs des locaux de jeunes, est prévue à l'automne 2011. Elle touchera les trois axes d'interventions de l'entente.

▣ Jeunes et famille – Promotion et prévention

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Proportion de femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et ayant accouché au cours de l'année 2010-2011.	69,3 % (92 %) *	70 % (>80 %) *	89,2 %

- La donnée entre parenthèses correspond à une compilation manuelle, effectuée par l'Agence et les établissements, basée sur les avis de grossesse réels et non sur une estimation du nombre de naissances, comme le fait le MSSS.

Commentaires

CSSS	Données du CSSS	Commentaires
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	100 %	Estimé du MSSS : 9 femmes. Clientèle admissible : 6 femmes. Aucun refus de service. Les autochtones sur réserve sont desservies dans leur communauté.
CSSS du Lac-Témiscamingue	72 %	Estimé du MSSS : 6 femmes. Clientèle admissible : 7 femmes dont 2 ont refusé le service, mais ont été suivies par le <i>Programme Orange, lait, œuf (OLO)</i> . Les autochtones sur réserve sont desservies dans leur communauté.
CSSS de Rouyn-Noranda	93 %	Estimé du MSSS : 46 femmes. Clientèle admissible : 58 femmes, dont 4 ont refusé. Les suivis sont effectués jusqu'à 18 mois.
CSSS des Aurores-Boréales	87,2 %	Estimé du MSSS : 29 femmes, dont 8 jeunes mères de moins de 20 ans. Clientèle admissible : 39 mères, dont 25 jeunes mères de moins de 20 ans. Il y a eu 5 refus de service.
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	83 %	Estimé du MSSS : 43 femmes. Clientèle admissible : 40 femmes, dont 7 ont refusé. Les autochtones sur réserve sont desservies dans leur communauté.
CSSS de la Vallée-de-l'Or	92 %	Estimé du MSSS : 60 femmes. Clientèle admissible : 62 femmes, dont 5 ont refusé. Les autochtones sur réserve sont desservies dans leur communauté.

La région a atteint sa cible. Conformément au programme, tous les CSSS commencent les suivis SIPPE à la 12^e semaine de grossesse. Cinq CSSS sur six les terminent lorsque l'enfant a 24 mois, l'autre CSSS le fait à 18 mois. Quelques-uns ont essuyé des refus de la part des femmes, mais ce sont des exceptions. Le déménagement constitue l'autre motif d'arrêt du suivi, mais ce nombre n'est pas significatif. Pour les communautés autochtones, le nombre de femmes enceintes, suivies par les cliniques médicales et répondant aux critères des SIPPE, n'est pas disponible. Ces femmes reçoivent des services en santé maternelle et infantile fournis par Santé Canada, dans leur milieu.

Fait à noter : Toutes les équipes SIPPE reçoivent les avis de grossesse par l'entremise des cliniques médicales et chacune des femmes répondant aux critères est appelée par son CSSS afin qu'on lui offre les services. Les femmes autochtones hors réserve sont également dirigées par leur médecin de famille vers les CSSS et rencontrées par les intervenantes des SIPPE. Parfois, le suivi est moins régulier, car les femmes reçoivent également du soutien de la part du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, pour ce territoire.

Tous les CSSS ont des tables intersectorielles actives pour les familles et les enfants de 0 à 5 ans. Les tables ont des liens significatifs avec les équipes interprofessionnelles, ce qui renforce les deux composantes du programme.

L'arrivée de la Fondation Avenir d'enfant a été accueillie positivement par la majorité des tables intersectorielles. Deux secteurs sur six sont en voie de déposer un plan triennal avant le 30 avril 2011. Les quatre autres secteurs sont en mode de restructuration pour faciliter l'arrimage de tous les partenaires de la communauté.

■ Prévention des chutes chez les personnes âgées

Attente administrative

Objectif de résultats

Favoriser la mise en œuvre du volet 2 *Intervention multifactorielle personnalisée* (IMP).

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de CSSS ayant implanté le <i>Programme IMP</i>	4/6	6/6	6/6
Nombre d'usagers ayant été rejoints par le <i>Programme IMP</i>	106	101	132

Commentaires

La cible est atteinte quant au nombre de territoires où est déployé le service. Les CSSS n'en sont pas tous au même point. L'implantation est plus ou moins avancée selon la disponibilité des ressources professionnelles.

Le nombre de personnes rejointes par le programme dépasse largement la cible visée pour l'année 2010-2011. Toutefois, ce nombre ne permet pas de répondre à toutes les personnes admissibles au programme dans certains territoires.

Les facteurs de risque suggérés par le MSSS, à savoir l'environnement domiciliaire, la capacité motrice et la médication, ont été retenus en région. Certains CSSS ont ajouté un autre facteur de risque de chute, soit la nutrition.

À la demande des intervenants dédiés, une rencontre a été tenue le 13 janvier 2011 afin de favoriser les échanges entre les territoires, d'identifier les difficultés rencontrées et les aspects positifs liés à l'implantation du programme IMP.

■ Maladies infectieuses – Immunisation

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza saisonnière chez les travailleurs de la santé.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Pourcentage d'employés qui ont reçu le vaccin contre l'influenza saisonnière	27,8 %	80 %	44 %

Commentaires

Malgré une amélioration en 2010-2011, comparativement à 2009-2010 (pandémie), on constate une diminution significative du taux de couverture vaccinale par rapport aux années antérieures. La cible de 80 % est loin d'être atteinte.

La perte de ces acquis chèrement gagnés au cours des dernières années est associée à la pandémie. Cette diminution était appréhendée et s'est confirmée à l'échelle provinciale.

Regagner la confiance du personnel de soins, afin d'augmenter son adhésion, demeure un défi de taille. Il faudra maintenir les activités de promotion dans les CSSS et faire preuve de créativité pour augmenter le taux de participation.

■ Maladies infectieuses – Immunisation

Attente administrative

Objectif de résultats

Augmenter la proportion d'enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Proportion d'enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCat-Polio-Hib dans les délais	78,6 %	75 %	85,1 %
Proportion d'enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1 ^{re} dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	79,4 %	75 %	85,9 %

Commentaires

Vaccination à 2 mois : On observe une amélioration significative de 6,5 points pour les vaccins DCaT-Polio-Hib et contre le pneumocoque. L'objectif ministériel de 75 % a été dépassé. Encore cette année, la région se démarque positivement puisque, d'une part, les acquis ont été préservés par 5 CSSS sur 6 et, d'autre part, la proportion d'enfants vaccinés dans le délai d'une semaine a augmenté jusqu'à 85 %. Deux CSSS n'atteignent pas l'objectif ministériel de 75 %, mais presque, avec des taux de 74 %. La mise en application de stratégies dans les CSSS a démontré son efficacité pour l'ensemble de la région.

■ Maladies infectieuses – Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Attente administrative

Objectif de résultats

Réduire la transmission des ITSS.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP)	532	532	491

Commentaires

Depuis quelques années, l'ensemble des activités de dépistage des ITSS, autant dans les murs qu'à l'extérieur de l'établissement, a été regroupé. Les CSSS ont ciblé les milieux afin de rejoindre leur clientèle vulnérable de sorte que l'organisation des services varie d'un territoire à l'autre. En cours d'année, un territoire a connu plus particulièrement de l'instabilité tant pour le travail de rue que pour le remplacement d'infirmières SIDEPE non comblé, ce qui explique en partie la diminution des références et des dépistages. La participation au *Programme Échange de seringues, services d'aide et d'information sur le SIDA (ESSAIS)* a également été réduite. Des efforts sont en cours pour rétablir le corridor dans ce secteur spécifique.

Notons qu'en 2009, la région a connu une baisse des infections à la chlamydia : 211 cas pour 100 000 habitants en 2008 à 191 en 2009. Cependant, en 2010, on constate une fois de plus une hausse : 269 cas pour 100 000 habitants, ce qui est au-delà de la moyenne provinciale de 218 en 2010. Des efforts devront être maintenus grâce, d'une part, au travail effectué par les SIDEPE et, d'autre part, au rôle élargi des infirmières introduit par la modification du Code des professions. Dorénavant, celles-ci peuvent faire le dépistage et entreprendre un traitement en collaboration avec les pharmaciens. Cette modification des pratiques améliore l'accessibilité aux services et facilite le travail de complémentarité avec les travailleurs de rue.

■ Prévention et contrôle – Infections nosocomiales

Attente administrative

Objectif de résultats

Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateur		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Pourcentage d'installations ayant analysé et éliminé leurs zones grises en hygiène et salubrité	Répertoire	28 %	70 %	34 %
	Catégorisation	14 %	70 %	28 %
	Accord responsable	8 %	70 %	8 %
	Accord au CA	0 %	70 %	0 %
	Application	0 %	70 %	0 %

Commentaires

Les cibles ne sont pas atteintes. Les travaux ont tout de même progressé dans tous les établissements, et ce, malgré la pandémie, comme le démontrent les lignes qui suivent :

- ↳ Alors que quatorze sites avaient été répertoriés l'an dernier, il y en a maintenant dix-sept. La démarche avait été amorcée pour cinq sites l'an dernier, comparativement à onze cette année.
- ↳ L'an dernier, sept sites avaient été catégorisés, alors qu'il y en a maintenant quatorze et la démarche est amorcée pour douze sites par rapport à onze l'an dernier.
- ↳ Enfin, pour onze sites, un responsable a été identifié, alors que l'an dernier, c'était le cas seulement pour quatre sites.

Notons que les établissements ont travaillé en priorité dans les sites centre hospitalier (CH) et CHSLD, c'est-à-dire ceux qui présentent le plus de risques au regard de la transmission des infections nosocomiales. Par ailleurs, un CSSS, celui de Rouyn-Noranda, a terminé l'ensemble de son processus, mais n'a pas inscrit ses résultats au *Système de suivi de gestion et de reddition de comptes* (GESTRED).

■ Prévention et contrôle – Infections nosocomiales

Attente administrative

Objectif de résultats

Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocomiales.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections (PCI) nosocomiales fonctionnel	100 %	100 %	100 %
Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	66,7 %	100 %	100 %

Commentaires

En 2010-2011, tous les CSSS avaient un programme structuré de PCI nosocomiales. En effet, les deux CSSS qui n'avaient pas encore de programme structuré ont fait adopter le leur au printemps 2010.

■ Santé au travail

Le mandat premier du Réseau régional de santé publique en santé au travail (RRSPSAT) est de voir à la protection de la santé des travailleurs de la région en soutenant les milieux de travail pour qu'ils puissent assumer leurs obligations en matière de prévention des lésions professionnelles. Ce mandat s'inscrit à l'intérieur d'une entente régionale convenue entre la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et l'Agence. Cette entente, qui tire sa légitimité de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), confie au directeur de santé publique la responsabilité d'actualiser ce programme en région.

Le RRSPSAT dispose d'un budget et de ressources humaines (une trentaine d'intervenants) dédiés à ce mandat. Les ressources humaines, composées essentiellement d'infirmières, de spécialistes en hygiène du travail, de médecins, d'un professionnel en recherche, de soutien administratif et de gestionnaires, sont distribuées au sein d'une équipe régionale (expertise-conseil) sous la responsabilité du directeur de santé publique et, pour les activités courantes dans les milieux de travail, au sein de deux établissements du réseau de la santé et des services sociaux, soit :

- ↳ le CSSS du Lac-Témiscamingue pour tout le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue;
- ↳ le Centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James pour les territoires de Matagami et de Lebel-sur-Quévillon.

Mentionnons aussi que les activités du programme santé au travail, tout comme l'année financière qui s'y rapporte, s'échelonnent sur une année civile. Aux fins du présent rapport, cette dernière période s'est terminée le 1^{er} janvier 2011.

Ententes de gestion et d'imputabilité spécifiques au programme

Pour 2010, les cibles fixées à l'intérieur de l'Entente de gestion et d'imputabilité liant l'Agence et la Direction régionale de la CSST ont été atteintes à près de 75 %. À titre de faits saillants, notons les 900 demandes traitées dans le cadre du *Programme pour une maternité sans danger*. Ce nombre se situe dans la moyenne observée (875) ces dernières années. Quelque 1 400 radiographies pulmonaires ont également été réalisées pour le dépistage de la silicose dans le cadre du *Règlement sur la santé pulmonaire des travailleurs de mines*. Ce chiffre s'inscrit dans la hausse observée au cours des dernières années.

De plus, il avait été planifié de répondre à quelque 75 demandes de service en provenance des milieux de travail; c'est finalement plus de 140 demandes qui ont été traitées par les intervenants du RRSPSAT.

Elles concernaient principalement des risques de nature chimique.

Soulignons enfin le succès obtenu par la tenue de la 22^e édition du Colloque régional en santé et sécurité au travail. Cette activité annuelle, organisée en partenariat entre le RRSPSAT et la CSST, est un évènement incontournable de promotion de la santé et de la sécurité au travail auprès des employeurs et des travailleurs de la région. Près de 450 personnes ont participé à l'une ou l'autre des deux journées du colloque.

■ Santé environnementale

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer un soutien d'expertise en santé environnementale.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Avis et soutien d'expertise selon les besoins	Réponses aux besoins	Selon les besoins du milieu	Réponses aux besoins

Commentaires

La phase d'échantillonnage du *Programme de surveillance de la contamination des sols* par les émissions atmosphériques dans le quartier Notre-Dame à Rouyn-Noranda a été complétée à l'été 2010. Les résultats d'analyse de ces échantillons ont permis de cibler les secteurs du quartier qui nécessiteront une restauration au cours de la prochaine saison estivale. Ce programme de surveillance est réalisé en partenariat avec Xstrata Copper - Fonderie Horne et le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP). Le comité de citoyens du quartier Notre-Dame est également mis à contribution, puisque ce dernier participe à la diffusion des informations concernant l'évolution de la surveillance dans le quartier. Rappelons que le *Programme de surveillance de la contamination des sols* a été mis en place afin de réduire les risques pour la santé de la population du quartier, particulièrement chez les enfants en bas âge.

Un projet de protection et de réhabilitation du lac Osisko réunit plusieurs partenaires intersectoriels, dont la Direction de la santé publique, la Ville de Rouyn-Noranda, le MDDEP, le ministère des Ressources naturelles et de la Faune (MRNF) de même que Xstrata. Les travaux préliminaires consistent à développer, puis à partager les connaissances sur les caractéristiques du lac, sur les effets d'une contamination sur les écosystèmes ainsi que les risques pour la santé qui pourraient y être associés. Ces connaissances permettront, dans un second temps, l'élaboration d'un plan d'action dont l'objectif sera de rétablir la qualité des écosystèmes de ce plan d'eau. Un second objectif est la restauration de certains usages du plan d'eau pour le bien-être de la communauté de Rouyn-Noranda. La Direction de santé publique a poursuivi ses discussions avec le ministère des Transports du Québec (MTQ) et le MRNF pour que le projet de voie de contournement de la route 117 incorpore certaines recommandations visant à maintenir une saine qualité de vie aux abords de l'infrastructure routière projetée. Aussi, des accès au boisé seront aménagés à l'arrière du quartier de la Montée-du-Sourire pour permettre aux citoyens de poursuivre leurs activités extérieures.

Des activités de surveillance et de suivi se poursuivent en lien avec le projet d'exploitation de la mine à ciel ouvert Canadian Malartic. Le plan de mesures d'urgence de l'entreprise a fait l'objet d'une analyse et de recommandations auprès de la minière. Des échanges ont également eu lieu en collaboration avec le MDDEP et la minière concernant la mise en place de mesures d'atténuation des nuisances et le suivi des plaintes. La participation au comité de suivi reprendra sous peu.

Soulignons également l'apport d'un soutien technique ainsi qu'une collaboration avec les CSSS de la région et des municipalités pour des situations d'insalubrité majeure dans un logement ou une habitation.

■ Surveillance de l'état de santé

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Documenter l'état de santé de la population résidant en Abitibi-Témiscamingue et certaines problématiques, afin de soutenir les CSSS dans leur mandat de responsabilité populationnelle, et également, d'informer la population, les intervenants et les décideurs comme le prescrit la Loi sur la santé publique.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Diffusion des dernières projections de population concernant les territoires de CSSS	S.O.	1 fascicule pour chaque territoire de CSSS	1 fascicule pour chaque territoire de CSSS
Réalisation et diffusion de fascicules thématiques	5 fascicules	8 fascicules	6 fascicules
Réalisation d'un portrait de santé des hommes	S.O.	2 fascicules	2 fascicules

Commentaires

Les dernières projections de population, élaborées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) pour le compte du MSSS, et concernant la période 2006 à 2031, ont été diffusées auprès de chacun des CSSS.

Plusieurs fascicules thématiques ont également été réalisés et publiés au cours de l'année :

- ↳ *Le suicide en Abitibi-Témiscamingue.*
- ↳ *La population d'expression anglaise résidant en Abitibi-Témiscamingue (version française et anglaise).*
- ↳ *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer. Résultats en Abitibi-Témiscamingue.*
- ↳ *Les maladies pulmonaires obstructives chroniques : Qu'en est-il en Abitibi-Témiscamingue?*
- ↳ *Drogues et Témiscabitiens : un aperçu de la situation.*

Un portrait de santé des hommes a également été élaboré et présenté sous la forme de deux fascicules, l'un abordant les conditions de vie et l'autre, l'état de santé proprement dit.

La diffusion de ces différents documents a été faite auprès de l'ensemble des partenaires sectoriels et intersectoriels concernés par les problématiques. La version électronique des fascicules a également été déposée sur le site Web de l'Agence. Les médias locaux et régionaux (télévision, radio et journaux écrits) ont couvert, à chaque fois, le lancement de ces documents.

Un fascicule consacré à la situation du cancer en région a été écrit, mais n'a pas encore été diffusé. La préparation d'un autre fascicule portant sur les infections transmissibles sexuellement ou par le sang a débuté.

Services généraux

▣ Services infirmiers et psychosociaux généraux

Attente administrative

Objectif de résultats

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 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	2 411	2 307	2 346
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,74	3,90	3,79

Commentaires

La cible est dépassée en ce qui concerne le nombre d'usagers rejoints et est presque atteinte quant à l'intensité des services psychosociaux généraux.

Mentionnons que ces résultats ne concernent que la clientèle rejointe par des services individuels et que les CSSS desservent également plusieurs personnes par le biais d'interventions de groupe dans ce programme.

Programmes de Soutien

Administration et soutien aux services

■ Équilibre budgétaire

Attente administrative

Objectif de résultats

S'assurer de l'équilibre budgétaire des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Agence.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Évolution de la situation financière des établissements par rapport à l'année précédente	(922 027 \$)	0 \$	(2 966 185 \$)
Évolution de la situation financière de l'Agence	(1 565 \$)	0 \$	387 921 \$

Commentaires

En 2010-2011, trois établissements présentent un déficit. En ce qui concerne un de ces établissements, le déficit est comblé par l'avoir propre. Pour les deux autres établissements déficitaires, l'un a produit un plan d'équilibre budgétaire au cours de l'année 2010-2011; ce plan est actuellement en analyse auprès du MSSS. L'autre établissement devra déposer un plan d'équilibre budgétaire au cours de l'année 2011-2012 à la lumière des résultats de la quatrième période 2011-2012.

■ Équilibre budgétaire

Attente administrative

Objectif de résultats

S'assurer de l'application de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Réduction de 25 % des coûts de publicité, de formation et de déplacement des établissements	S.O.	1 423 915 \$	453 389 \$
Économie découlant du non-remplacement d'un départ sur deux à la retraite des établissements	S.O.	172 000 \$	165 639 \$
Réduction de 25 % des coûts de publicité, de formation et de déplacement de l'Agence	S.O.	123 534 \$	123 534 \$
Économie découlant du non-remplacement d'un départ sur deux à la retraite de l'Agence	S.O.	21 115 \$	21 115 \$

Commentaires

En 2010-2011, la cible régionale, visant des économies découlant du non-remplacement d'un départ sur deux à la retraite des employés des secteurs administratifs, a été atteinte à 96,3 %. Par contre, à l'analyse de la situation, on observe que pour la première année, cinq établissements sur dix n'ont pas atteint la cible.

En ce qui a trait à la cible de réduction de 25 % des coûts de publicité, de formation et de déplacement, la cible régionale est atteinte à 32 %. À l'analyse des résultats régionaux obtenus, on constate qu'en ce qui concerne les frais de publicité et de déplacement, l'atteinte de la cible est de 35 %. Par contre, la réduction des coûts de formation n'atteint que 16 % de la cible demandée. La planification des formations était déjà réalisée, il a donc été difficile de réduire cette dépense en 2010-2011.

Par contre, la région vise l'atteinte de la cible de réduction de 25 % des coûts de formation par rapport à l'année de référence en 2011-2012.

■ Planification de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif de résultats

Normaliser les données selon le cadre normatif de la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO).

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'établissements qui ont normalisé les données selon le cadre normatif de la GPMO	10	10	10

Commentaires

Considérant l'importance de maintenir les données comparables et valides pour tous les établissements, ces derniers ont normalisé les données selon le cadre normatif de la GPMO.

Par ailleurs, le MSSS souhaite continuer le développement du cadre normatif et de la normalisation des données. À cet effet, un groupe de travail national a été mis en place en janvier 2011.

■ Planification de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif de résultats

Mettre en œuvre la stratégie régionale de main-d'œuvre (SRMO) 2009-2015.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Actions à entreprendre en 2010-2011 par les comités de travail	Groupe mandataire constitué Plan de travail élaboré	15/15 actions débutées	12/15 actions débutées

Commentaires

En janvier 2010, le réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a adopté la SRMO 2009-2015. En référence aux dossiers prioritaires à traiter, des comités de travail ont été constitués et des actions à entreprendre ont été identifiées. La majorité des actions sont commencées, certaines sont même terminées.

Les quatre actions suivantes sont amorcées et les deux dernières sont complétées :

- ↳ développer une stratégie régionale en marketing pour les ressources humaines;
- ↳ offrir des emplois d'été aux étudiants;
- ↳ mettre sur pied un mécanisme régional de coordination des stages pour les formations hors région;
- ↳ mettre sur pied un programme de formation de *secrétaire médicale* à l'intention des secrétaires en emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- ↳ dresser un bilan des stages;
- ↳ dresser la liste des besoins en vue du démarrage de nouvelles cohortes de formation pour les titres d'emploi en pénurie.

D'autres actions sont en cours. Il s'agit de :

- ↳ rencontrer les étudiants du secondaire pour promouvoir les carrières en santé et services sociaux;
- ↳ établir des corridors de stages avec des maisons d'enseignements situées hors région;
- ↳ poursuivre les démarches avec les différentes instances, dont la Table santé, afin d'augmenter le bassin de main-d'œuvre formé en région;
- ↳ collaborer avec les centres locaux d'emploi (CLE) et Emploi-Québec pour développer de la nouvelle main-d'œuvre en région.
- ↳ participer aux activités de recrutement hors région.
- ↳ dresser un portrait des besoins au plan local et le diffuser sur le site Web : www.jaidupanache.com.

Enfin, les trois actions suivantes seront mises en œuvre l'an prochain :

- ↳ instaurer un mécanisme régional pour promouvoir les « bons coups » du personnel et des cadres;
- ↳ mettre sur pied un projet de type *Place aux jeunes* dédié au réseau de la santé et des services sociaux.
- ↳ Implanter un programme de soutien à la formation professionnelle.

■ Planification de la main-d'œuvre

Objectif de résultats

Produire un inventaire régional de la main-d'œuvre.

Attente administrative

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Portrait annuel détaillé de la main-d'œuvre selon le modèle prescrit	10 établissements	10 établissements	10 établissements

Commentaires

Les dix établissements ont fourni le portrait annuel. Le portrait régional préliminaire sera produit au printemps 2011 et le portrait détaillé le sera à l'automne 2011.

■ Recrutement de la main-d'œuvre

Préoccupation régionale

Objectif de résultats | Améliorer la planification et la coordination de la formation pratique (stage).

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'établissements qui se sont engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages volet social)	9	10	9
Nombre d'établissements qui se sont engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages en soins infirmiers)	5	6	6

Commentaires

En ce qui concerne le volet social, un nouveau processus étape par étape a été implanté à l'automne 2010. Cette nouvelle façon de faire a été très appréciée tant par les maisons d'enseignement que par les établissements. Ceci a permis à chacun d'avoir des informations utiles qui permettent d'améliorer l'efficacité du placement des stagiaires.

Pour ce qui est du volet soins infirmiers, face au volume de stages, une meilleure coordination et une meilleure répartition des stagiaires devaient être envisagées.

Tout d'abord, le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue a mis en place un moyen de transport afin de pouvoir offrir un nouveau milieu de stage aux étudiants en soins infirmiers, au CSSS du Lac-Témiscamingue. Puis, le Cégep a visité plusieurs établissements afin d'évaluer de nouveaux milieux de stages potentiels. Finalement, afin d'éviter les conflits d'horaire pour le placement des stagiaires entre les maisons d'enseignement et de tenir compte des capacités d'accueil dans les établissements, le Cégep et la Commission scolaire Harricana se sont rencontrés et ont établi ensemble un calendrier de stages. Lors de cette rencontre, la Commission scolaire Harricana a accepté que ses étudiants terminent plus tard que prévu leur programme de formation, soit le 30 mai, ce qui permettra aux étudiants du Cégep de compléter leurs stages. Pour les prochaines rencontres, les responsables des stages de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue seront invités à se joindre à ceux du Cégep et de la Commission scolaire Harricana pour améliorer la planification et la coordination des stages.

■ Recrutement de la main-d'œuvre

Préoccupation régionale

Objectif de résultats | Contribuer au recrutement, à la rétention et au maintien du personnel du réseau.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Participation à des salons de l'emploi selon le calendrier des événements	10 salons de l'emploi	4 salons de l'emploi	3 salons de l'emploi
Plan de communication sur le recrutement régional	Participation à des activités de promotion en milieu scolaire	Participation à des activités de promotion en milieu scolaire	Participation à des activités de promotion en milieu scolaire

Commentaires

Les établissements ont choisi de participer à quatre salons de l'emploi pour l'année 2010-2011. Toutefois, les participants à l'activité à l'Université Laval planifiée en novembre 2010 ont été retenus en région puisque les vols d'avion ont été annulés en raison des mauvaises conditions météorologiques.

Cependant, la participation aux trois autres salons de l'emploi a permis de recueillir 38 curriculum vitae de finissants et les noms de 44 étudiants à la recherche d'un stage ou d'un emploi d'été.

Quant aux activités de promotion en milieu scolaire dans la région, neuf écoles ont été visitées et certaines à plus d'une occasion. Lors de ces tournées, plusieurs établissements de la région ont libéré des techniciens et des professionnels de la santé et des services sociaux afin de leur permettre de faire une présentation de leur profession aux étudiants, un élément très apprécié de la clientèle étudiante. Encore une fois cette année, les chargés de projet SRMO se sont intégrés aux différentes activités de promotion.

De nouveaux outils promotionnels ont été conçus. Tout d'abord, il y a eu le lancement de la campagne *À chacun son panache*, avec l'impression d'une nouvelle brochure, la production de six macarons promotionnels ainsi que la mise à jour du site Internet www.jaidupanache.com.

■ Recrutement et rétention des cadres

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Soutenir et développer les compétences des cadres par le programme régional de *coaching*.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de demandes de <i>coaching</i>	22	15	14

Commentaires

La cible est pratiquement atteinte. Les résultats de 2010-2011 démontrent que le programme répond à un besoin des cadres d'avoir accès à du *coaching* individuel.

Une analyse des quatorze demandes de *coaching* reçues en 2010-2011 indique que :

- ↳ cinq CSSS sur six ainsi que l'Agence ont au moins un gestionnaire qui a présenté une demande de *coaching*;
- ↳ aucune demande de *coaching* n'a été présentée par des gestionnaires provenant des établissements à vocation régionale;
- ↳ neuf cadres ont choisi un consultant externe pour leur donner du *coaching*, trois ont choisi un gestionnaire retraité et deux ont préféré un gestionnaire en poste.

Une évaluation du programme régional a démontré que 100 % des cadres étaient satisfaits ou très satisfaits du programme de *coaching*. Ils ont beaucoup apprécié l'expérience et la recommandent à tous les gestionnaires. Ils considèrent que c'est une très bonne initiative et souhaitent que le programme se poursuive.

■ Recrutement et rétention de la main-d'œuvre infirmière

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer la gestion de la présence au travail et de la disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Pourcentage de postes à temps complet régulier (TCR) pour les infirmières	48,3 %	60 %	48,6 %

Commentaires

La cible n'est pas atteinte pour l'ensemble des CSSS. Cependant, le CSSS des Aurores-Boréales l'a dépassée avec un résultat de 62,8 % alors que le CSSS de Rouyn-Noranda l'a pratiquement atteinte avec un résultat de 59,8 %.

Cet exercice de titularisation vise la rétention du personnel par l'octroi de postes d'un minimum de huit quarts de travail par période de 28 jours.

Bien que l'exercice de titularisation soit terminé, on observe que, dans certains CSSS, le nombre de postes à temps partiel est plus élevé que le nombre de postes à temps complet. On mentionne que les infirmières préfèrent ces postes à temps partiel aux postes « d'équipe volante » qui sont à temps complet.

■ Infirmière praticienne spécialisée de première ligne

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Augmentation du nombre d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de première ligne.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'IPS de première ligne en place	3 candidates à l'exercice à la profession IPS	5	4 IPS 1 candidate à l'exercice à la profession IPS

Commentaires

La cible est pratiquement atteinte.

Une étudiante est devenue IPS et une autre, candidate à l'exercice de la profession. Ces nouvelles IPS sont associées aux UMF et aux GMF.

■ Formation Agir auprès de la personne âgée

Attente administrative

Objectif de résultats

Poursuivre le déploiement local de la formation AGIR à l'intention des préposés aux bénéficiaires (PAB).

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Numéros d'ateliers de formation de formateurs	Ateliers : 2, 6, 7, 9	Ateliers : 1, 3, 4, 5, 8	Ateliers : 1, 5
Nombre de PAB (jour/personne) formés par atelier :			
- atelier 1	13	Variable selon les CSSS	85
- atelier 2	252		11
- atelier 3	0		8
- atelier 5	59		102
- atelier 6	62		78
- atelier 7			144
Nombre de CSSS ayant débuté le déploiement local de la formation auprès des PAB :			
- atelier 1	5/5	5/6	2/6 + 1*
- atelier 2		6/6	6/6 + 1*
- atelier 3			1/6
- atelier 5	3/5	5/6	2/6 + 1*
- atelier 6		5/6	4/6
- atelier 7		5/6	4/6

Commentaires

Les cibles sont partiellement atteintes. Le contexte de la pandémie d'influenza dans lequel le réseau a été plongé en 2009-2010 a entraîné un changement sur le plan des priorités, notamment pour les formations. En 2010-2011, la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette (loi 100) a conduit les établissements à modifier leurs plans locaux de formation, dont la formation à l'intention des PAB. Il en a découlé un délai dans le déploiement de la formation sur le plan local ainsi qu'un réaménagement du plan initial de formation de formateurs au plan régional afin de l'ajuster à la nouvelle réalité. Les formations de formateurs pour les ateliers 3, 4 et 8, prévues à l'hiver 2010, ont dû être reportées à l'automne 2011-2012.

On remarque que même si la formation de formateurs pour l'atelier 3 n'a pas encore eu lieu, le déploiement de la formation pour cet atelier a débuté auprès des PAB d'un CSSS. Ce CSSS utilise le modèle *clé en main* pour former les PAB, c'est-à-dire que la formation est donnée par des personnes-ressources de la Commission scolaire Harricana et non par des ressources internes de l'établissement. Par conséquent, la formation de formateurs n'a pas d'impact sur ce CSSS pour le déploiement local du programme.

* Les PAB d'un établissement à vocation régionale, le CRDIAT Clair Foyer, ont participé à ces formations, soit les ateliers 1, 2 et 5.

Ressources informationnelles

■ *Système d'information des départements d'urgence*

Attente administrative

Objectif de résultats

Mettre à jour le système d'information de gestion pour le département d'urgence.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Pourcentage d'urgences où Med-Urge est implanté et la mise à jour effectuée	S.O.	100 %	100 %

Commentaires

Med-Urge est implanté dans tous les CSSS de la région. Cependant, une nouvelle mise à jour devait être acquise afin de respecter le cadre normatif 3.0 émis par le MSSS. Tous les engagements auprès du fournisseur MédiaMed ont été pris en 2010-2011 par les six CSSS de la région. Les mises à jour ont ensuite été réalisées en fonction du carnet de commandes du fournisseur. Les derniers CSSS seront mis en production en mai 2011, de même que le branchement au noyau fonctionnel.

■ *Dossier de santé du Québec (DSQ)*

Attente administrative

Objectif de résultats

Appliquer les démarches de planification du DSQ.

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Réalisation du manuel d'organisation de projet Mise en place des équipes régionales et locales de projet	Travaux préalables en cours	Suivre les travaux de l'équipe provinciale DSQ	Le projet d'entente régionale a été soumis au MSSS en 2010-2011

Commentaires

L'équipe régionale DSQ est formée et des chargés de projet locaux sont identifiés. Le projet d'entente régionale a été soumis au MSSS. Un plan du projet a été amorcé afin d'identifier les principales cibles à atteindre dans chacun des réseaux locaux de services. Les travaux de planification et de mise en œuvre reprendront dès que l'entente régionale sera approuvée par le MSSS, permettant ainsi à la région d'obtenir le financement nécessaire.

■ Informatisation dans le domaine de l'imagerie

Attente administrative

Objectif de résultats

Intégrer les systèmes de dictée numérique régionale et du répertoire d'imagerie diagnostique (RID) McGill

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre d'établissements ayant réalisé l'intégration du RID	Intégration en cours	6/6	6/6

Commentaires

Tous les CSSS de la région bénéficient du *Picture archiving and communication system* (PACS). Des travaux ont été réalisés en 2010-2011 afin de permettre le branchement au RID du RUIS McGill, mais le tout ne sera complété qu'en 2011-2012. Par ailleurs, des discussions sont amorcées avec la région 18 (Terres crie de la Baie-James) afin de partager avec eux certaines infrastructures régionales du domaine de l'imagerie.

■ Réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM).

Attente administrative

Objectif de résultats

Compléter la migration au réseau de télécommunication multimédia (RITM).

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Proportion des points de services où la migration au RITM est complétée	Travaux en cours	100 % des points de service ont migré au RITM avant le 31 mars 2011	Déployé dans tous les sites où le fournisseur était en mesure de le faire

Commentaires

Tous les établissements n'ont pu migrer au RITM en raison d'enjeux contractuels relatifs aux solutions de télécommunications offertes par le fournisseur responsable des déploiements. Les travaux de migration ont été exécutés dans tous les établissements de la région où cela était possible.

■ Maintien d'actifs informationnels

Attente administrative

Objectif de résultats

Planifier le remplacement des postes informatiques pour l'ensemble des établissements de la région.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Respect du plan triennal et mise à jour de l'inventaire du parc informatique	11 établissements (incluant l'Agence)	11 établissements (incluant l'Agence)	11 établissements (incluant l'Agence)

Commentaires

Comme attendu, tous les établissements ont procédé à l'exercice annuel de prise d'inventaire de leur parc informatique et à la reddition de comptes concernant leur plan triennal.

La cadence de remplacement des postes informatiques et des serveurs répond de façon adéquate aux exigences portées par le programme de maintien d'actifs informationnels instauré par le MSSS, il y a quelques années.

■ Informatisation des groupes de médecine de famille (GMF)

Attente administrative

Objectif de résultats

Informatisation des GMF.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Proportion des GMF informatisés et disposant de toutes les fonctionnalités prévues	80 %	100 %	100 %

Commentaires

Les GMF de la région sont tous informatisés et disposent depuis 2010 d'un centre régional de service autorisé régional (firme informatique de la région ayant reçu le mandat de soutien informatique). Un important projet a été déployé en 2010-2011 afin d'implanter un parc informatique virtualisé (clients légers) dans tous les GMF de la région. Par ailleurs, ces derniers peuvent accéder aux données cliniques de laboratoire et d'imagerie grâce aux infrastructures du Technocentre régional.

■ Sécurité des actifs informationnels

Attente administrative

Objectif de résultats

Sécuriser les actifs informationnels.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Plan d'action régional en sécurité cohérent avec le Plan stratégique national en matière de sécurité de l'information dans le secteur de la santé et des services sociaux	S.O.	Plan d'action régional en sécurité de l'information conforme	Plan d'action régional en sécurité de l'information conforme

Commentaires

La région a participé aux travaux du MSSS concernant la rédaction du Plan stratégique national en matière de sécurité de l'information dans le secteur de la santé et des services sociaux (horizon 2010-2015).

Le plan d'action régional en sécurité des actifs informationnels fera l'objet de certaines démarches spécifiques en 2011-2012.

■ Informatisation des laboratoires

Attente administrative

Objectif de résultats

Remplacer les serveurs pour le domaine des laboratoires.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Appel d'offres pour le remplacement des serveurs	Travaux préparatoires réalisés	Réaliser un appel d'offres concernant le remplacement des serveurs Effectuer la migration des serveurs pour les 6 CSSS	Appel d'offres pour l'achat des serveurs complété Migration et tests (en cours)

Commentaires

L'appel d'offres pour l'acquisition de nouveaux serveurs pour le domaine des laboratoires (TD Synergie a été complété en juin 2010. Des analyses ont été effectuées en 2010-2011 afin de vérifier les modalités de migration et les mécanismes de relève. Les travaux de migration seront exécutés en 2011-2012.

L'appel d'offres concernant le support applicatif a été entrepris en février 2011. Le processus d'adjudication sera complété en mai 2011. Il permettra d'assurer le soutien et le maintien de la solution TD Synergie pour une période de trois à cinq ans.

Gestion des bâtiments et des équipements

■ Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière

Attente administrative

Objectif de résultats

Préparer et déposer un plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI).

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Dépôt des PCFI des dix établissements de la région	100 %	100 %	100 %

Commentaires

L'Agence a reçu et analysé les PCFI de tous les établissements de la région. Les avis de conformité ont été émis aux établissements.

La région a reçu un budget de 7 970 144 \$ pour le maintien des actifs, de 2 698 431 \$ pour les rénovations fonctionnelles excluant le volet CHSLD et de 644 000 \$ pour les rénovations fonctionnelles en CHSLD.

■ Programmes fonctionnels et techniques (PFT)

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Analyser et recommander les PFT des établissements concernés.

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Analyses et recommandations réalisées	Suivi des processus réalisé	Suivi des processus réalisé	Suivi des processus réalisé

Commentaires

PFT du CSSS de la Vallée-de-l'Or, mission CH site Malartic : le chantier débuté au printemps 2008 est maintenant terminé. L'inauguration s'est effectuée en présence du ministre de la Santé et des Services sociaux, en juin 2010.

PFT du CSSS de la Vallée-de-l'Or, mission CHSLD site de Malartic : le projet d'échange de bâtiment entre le CSSS de la Vallée-de-l'Or et la compagnie minière Osisko est finalisé. Les usagers ont intégré leur nouvelle demeure en juin 2010. L'inauguration de la bâtisse a également été faite en présence du Ministre, en juin 2010.

PFT du CSSS du Lac-Témiscamingue : la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) a remis son rapport d'analyse en mai 2010. Par la suite, une équipe ministérielle a visité le site et fait ses recommandations. À partir de celles-ci, une révision du PFT est en cours et l'annonce ministérielle du projet est prévue en 2011-2012.

PFT du CSSS Les Eskers de l'Abitibi : le PFT a été transmis à l'Agence en janvier 2011. Il a été analysé par les professionnels de l'Agence et sera transmis au MSSS au printemps 2011.

Section 3

*Organismes communautaires
subventionnés par l'Agence*

3. Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

Respect des règles et des normes édictées par le MSSS

L'Agence a subventionné, en 2010-2011, un total de 154 organismes communautaires dans le cadre du PSOC. De ce nombre, 127 organismes communautaires oeuvrant principalement en santé et services sociaux ont été financés en soutien à leur mission globale pour un total de 11 149 256 \$, soit une augmentation de 437 558 \$ par rapport à 2009-2010.

Les ajouts concernent principalement une somme récurrente d'indexation totalisant 238 922 \$ ainsi que le montant relatif au transfert d'ententes à la mission globale.

L'Agence a également investi un total de 2 009 735 \$ pour la réalisation d'ententes pour des activités spécifiques, pour la réalisation de projets et pour du soutien ponctuel à des organismes.

En plus du suivi de gestion des organismes communautaires, les activités de l'Agence auprès de ces derniers se résument comme suit :

- ↳ évaluation de la réponse des organismes communautaires au regard des activités offertes à la population et du soutien budgétaire accordé;
- ↳ soutien à la création de liens significatifs avec les CSSS;
- ↳ poursuite des mécanismes de concertation instaurés avec les organismes communautaires dans le cadre du comité de partenariat.

En conformité avec les critères et les règles établis par le MSSS dans le cadre du PSOC, l'Agence a assuré la vérification des informations devant être fournies à titre de reddition de comptes par les organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux.

Enfin, comme chaque année, l'Agence a apporté un soutien d'expertise et a accompagné des organismes communautaires en difficulté.

Concertation régionale

En septembre 2010, l'Agence a adopté un *Cadre de référence balisant les relations entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, l'Agence et les organismes communautaires*.

Le comité de partenariat a repris ses rencontres en février 2011. Il est composé de personnes représentant les organismes communautaires, les établissements et l'Agence.

Comme par les années précédentes, le bottin des organismes communautaires a été mis à jour et diffusé largement dans le réseau de la santé et des services sociaux de la région.

Section 4

Données financières

4. Données financières

Situation financière de l'Agence

■ Rapport de la direction

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue 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 qui respectent les principes comptables 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. 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.

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. Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

La présidente-directrice générale,



Lise St-Amour

La directrice des ressources
financières et matérielles,



Marie-Lyne Blier

■ *Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés*



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers condensés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
158, rue Monseigneur-Tessier Ouest
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2S6

Téléphone: (819) 762-1714
Télécopieur: (819) 762-3306
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2011 et pour l'exercice terminé à cette date, à l'égard duquel nous avons exprimé une opinion avec réserve dans notre rapport daté du 15 juin 2011. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 4, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Notre responsabilité, en conformité avec la note d'orientation pertinente concernant la certification, publiée par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À notre avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les critères décrits dans la note d'orientation susmentionnée.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.

1

Rouyn-Noranda, le 15 juin 2011

¹ Comptable agréé auditeur permis n° 8234

Comptables agréés
Membre de Grant Thornton International

Tableau 20
Fonds
d'exploitation
État des résultats
Exercice terminé le
31 mars 2011

		Activités principales		Activités accessoires	
		2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010
		\$	\$	\$	\$
PRODUITS					
Subventions du MSSS					
Budget signifié	01	6 732 247	6 868 674	24 161	17 929
(Diminution) ou augmentation du financement (2-01)	02	26 415	8 169		200 000
Variation des revenus reportés – MSSS	03	25 791	34 034	134 945	(130 150)
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04	9 260	1 949		
Total (L.01 à L.04)	05	6 793 713	6 912 826	159 106	87 779
Revenus de placements	06	14 403	3 124		2 466
Revenus commerciaux	07	xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources :					
Recouvrements	08	94 005	77 644	9 327	
Ventes de services	09	134 862	124 078		
Subventions du gouvernement fédéral	10				
Autres subventions (2-02)	11	128 925	53 464	75 000	118 000
Autres revenus (2-03)	12	10 700	14 996		
Total des produits (L.05 à L.12)	13	7 176 608	7 186 132	243 433	208 245
CHARGES D'EXPLOITATION					
Salaires	14	3 963 196	4 076 685		
Avantages sociaux	15	952 402	1 111 926		
Charges sociales (C.1 : P291, précision 5, C.3 : P291, précision 7)	16	539 546	580 752		
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A. (act. princ.)	17	255 199	333 490	(177)	4 970
Services achetés (C.1 : P291, précision 6)	18	381 871	354 353	257 283	199 164
Communications	19	152 414	203 958	704	
Loyer	20	279 085	278 637	100	735
Location d'équipement	21	52 498	52 514		910
Fournitures de bureau	22	64 408	73 256		
Transfert à des établissements (2-04)	23	47 614		xxxx	
Créances douteuses	24				
Autres frais (2-05)	25	108 304	135 763		
Transfert de frais généraux (2-06)	26	(34 348)	(33 881)		
Charges extraordinaires	27	xxxx	xxxx		
Total des charges d'exploitation et non réparties (L.14 à L.27)	28	6 762 189	7 167 453	257 910	205 779
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.13 – L.28)	29	414 419	18 679	(14 477)	2 466

Renseignement à titre informatif seulement : Contributions de l'avoir-propre et interfonds

En provenance de l'avoir-propre (+) (préciser)	30				
En provenance de fonds affectés (+) (préciser)	31			xxxx	
En provenance du fonds des activités régionalisées (+) (préciser)	32			xxxx	
En provenance du fonds de stationnement (+) (préciser)	33				
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	34	(26 498)	(20 244)		
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	35	xxxx			
Affectées à d'autres fonds (-) (préciser)	36				
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.29 à L.36)	37	387 921	(1 565)	(14 477)	2 466

Note : Données extraites de la page 200 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Tableau 21

Fonds des activités
régionalisées
État des résultats
Exercice terminé le
31 mars 2011

		2010-2011 \$	2009-2010 \$
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	1 977 080	1 674 250
Variation des revenus reportés – MSSS	02	(282 814)	(12 838)
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	03	400	346
Contributions des établissements	04		
Revenus de placements	05	14 268	5 627
Revenus d'autres sources :			
Recouvrements	06	532	11 793
Ventes de services	07		
Subventions du gouvernement fédéral	08		
Autres revenus	09	358 370	418 602
Total des produits (L.01 à L.09)	10	2 067 836	2 097 780
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	11	472 773	448 088
Avantages sociaux	12	105 067	87 679
Charges sociales – Fonds des services de santé (FSS)	13	24 665	22 428
Charges sociales – autres	14	43 591	41 212
Frais de déplacement et d'inscription	15	75 730	105 490
Services achetés	16	877 362	707 640
Communications	17	16 493	63 471
Loyer	18	2 977	4 033
Location d'équipement	19	1 420	3 327
Fournitures de bureau	20	12 987	16 249
Créances douteuses	21		
Autres charges	22	139 605	440 834
Transfert de frais généraux	23	34 349	33 881
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.23)	24	1 807 019	1 974 332
EXCÉDENT (DÉFICIT)(L.10 – L.24)	25	260 817	123 448

Renseignement à titre informatif seulement : Contributions de l'avoir-propre et interfonds

En provenance de l'avoir-propre (+) (préciser)	26	xxxx
En provenance du fonds d'exploitation (+)	27	xxxx
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	28	xxxx
En provenance de fonds affectés (+)	29	54 653
Affectées au fonds d'exploitation (-)	30	xxxx
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	31	xxxx
Affectées à des fonds affectés (-)	32	xxxx
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	33	(24 068)
Autres transferts interfonds	34	46 979
Excédent (déficit) après contributions de l'avoir-propre et Interfonds (L.25 à L.34)	35	338 381

Note : Données extraites de la page 201 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Tableau 22

Fonds
d'immobilisations
État des résultats
Exercice terminé le
31 mars 2011

		2010-2011 \$	2009-2010 \$
PRODUITS			
Ministère de la santé et des services sociaux :			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	(65 381)	575 723
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	02	1 362 934	1 286 830
Revenus de placements	03		
Gain sur disposition	04	7 211	
Amortissement des revenus reportés :			
Contributions du gouvernement fédéral	05		
Autres contributions et dons (préciser)	06		
Autres revenus (préciser)	07		
Total des produits (L.01 à L.07)	08	1 304 764	1 862 553
CHARGES			
Frais d'intérêts :			
Corporation d'hébergement du Québec	09	6	555 451
Financement-Québec	10	1 364 828	732 573
Société d'habitation du Québec	11		
Autres	12		
Dépenses non capitalisables financées à même les enveloppes décentralisées	13	201 064	260 213
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations	14	11 560	336
Amortissement – Immobilisation détenues au 31 mars 2008	15	179 306	273 837
Amortissement – Immobilisations acquises à compter du 1 ^{er} avril 2008	16	237 044	187 381
Perte sur disposition d'immobilisations	17		
Autres charges (préciser) (note 2-07)	18		(66 234)
Total des charges d'exploitation (L.09 à L.18)	19	1 993 808	1 943 557
EXCÉDENT (DÉFICIT)(L.08 – L.19)	20	(689 044)	(81 004)

Renseignement à titre informatif seulement : Contributions

Contributions en provenance du :			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	21	26 498	20 244
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	22		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	23		
Fonds des activités régionalisées (+)	24	24 068	225 377
De fonds affectés (+)	25	716 388	39 216
Fonds de stationnement (+)	26		
Contributions affectées à d'autres fonds (-) (préciser) (note 2-08)	27	(77 910)	(128 833)
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.20 à L.27)	28		75 000

Note : Données extraites de la page 202 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Tableau 23

Fonds
d'exploitation
État des soldes de
fonds
Exercice terminé le
31 mars 2011

		Activités principales \$ 1	Avoir propre \$ 2	Total (C.2 + C.3) \$ 3
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		595 923	595 923
Additions (déductions)				
ACTIVITÉS PRINCIPALES :				
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	02	414 419		414 419
Transferts interfonds (provenance) :				
Contributions de fonds affectés (+)	03	xxxx		
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)	04	xxxx		
Contributions du fonds de stationnement (+)	05	xxxx		
Transferts interfonds (affectations) :				
Contributions du fonds d'immobilisations (-)	06	xxxx	(26 498)	(26 498)
Contributions à d'autres fonds (-)	07	xxxx		
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :				
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	08	xxxx	(14 477)	(14 477)
Transferts interfonds (provenance) :				
Contributions du fonds de stationnement (+)	09	xxxx		
Transferts interfonds (affectations) :				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	10	xxxx		
Contributions du fonds de stationnement (c/a 8610)(-)	11	xxxx		
Contributions à d'autres fonds (-)	12	xxxx		
AUTRES ÉLÉMENTS :				
Libération de surplus	13			
Récupération de surplus	14		xxxx	
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds	15	xxxx		
Autres (détail page 268)	16			
Variation de l'exercice (L.02 à L.16)	17	414 419	(40 975)	373 444
Redressements demandés par le MSSS (préciser)	18			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.17 + L.18)	19	414 419	554 948	969 367

Note : Données extraites de la page 250 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Tableau 24

Fonds
d'immobilisations
Fonds des activités
régionalisées
État des soldes de
fonds
Exercice terminé le
31 mars 2011

		Fonds d'immobilisations \$ 1	Fonds des activités régionalisées \$ 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		1 173 521
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(689 044)	260 817
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03	26 498	
Contributions des activités régionalisées (+)	04	24 068	
Contributions de fonds affectés (+)	05	716 388	54 653
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07	(46 979)	
Contributions à des fonds affectés (-)	08	(30 931)	
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	xxxx	(24 068)
Autres transferts interfonds (C.1 : préciser)	10		46 979
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds (C.1 : préciser)	11		
Autres additions (déductions) (C.1 : préciser)	12		
Variation de l'exercice (L.02 à L.12)	13		338 381
Redressement demandé par le MSSS (C.1 : préciser)	14		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.13 + L.14)	15		1 511 902

Note : Données extraites de la page 251 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Tableau 25

Fonds
d'exploitation
Fonds des activités
régionalisées
Bilan au
31 mars 2011

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
ACTIF		2010-2011 1	2009-2010 2	2010-2011 3	2009-2010 4
À court terme					
Encaisse	01	1 416 328	1 291 332	1 885 441	1 626 795
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
MSSS (C.1 : P.290, précision 3)	03	208 712	211 919	315 643	222 520
Établissements publics (préciser) (note 2-10)	04		5 639	5 121	3 207
Fonds d'exploitation	05	xxxx	xxxx		
Fonds des act. régionalisées (C.1 : préciser)	06			xxxx	xxxx
Fonds affectés (C.1 : préciser)	07				
Autres (C.1 : préciser) (note 2-11)	08	179 208	301 421	326 728	198 334
Charges payées d'avance	09	35 498	12 178	57 746	8 982
Autres éléments (C.1 : préciser)	10				
Total – Actif à court terme (L.01 à L.10)	11	1 839 746	1 822 489	2 590 679	2 059 838
À long terme					
Subvention à recevoir – provision pour vacances et congés de maladie	12	637 633	628 373	40 101	39 701
Autres éléments d'actif (C.1 : préciser)	13				
TOTAL DE L'ACTIF (L.11 à L.13)	14	2 477 379	2 450 862	2 630 780	2 099 539
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	15				68 032
Emprunts temporaires	16				
Intérêts courus à payer	17				2
Créditeurs et charges à payer :					
MSSS (C.1 : P.290, précision 4)	18				
Établissements publics (préciser) (note 2-12)	19		1 382	101 506	128 673
Fonds d'exploitation	20	xxxx	xxxx		
Fonds des activités régionalisées (C.1 : préciser)	21			xxxx	xxxx
Fonds affectés (C.1 : préciser)	22				
Salaires courus à payer	23	521 665	520 735	6 736	72 517
Fonds des services de santé (FSS) à payer	24	24 967	24 960		
Autres (C.1 :préciser) (note 2-13)	25	123 904	193 241	105 584	130 275
Revenus reportés : Gouvernement fédéral	26				
Autres revenus reportés					
C.1 : préciser à la page 289)	27	236 450	451 324	844 197	472 982
Provision pour vacances et congés de maladie	28	601 026	663 297	60 720	53 537
Autres éléments (C.1 : préciser)	29			135	
Total – Passif à court terme (L.15 à L.29)	30	1 508 123	1 854 939	1 118 878	926 018
Dettes à long terme (C.1 : préciser)	31				
TOTAL DU PASSIF (L.30 + L.31)	32	1 508 012	1 854 939	1 118 878	926 018
SOLDE DE FONDS	33	969 367	595 923	1 511 902	1 173 521
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.32 + L.33)	34	2 477 379	2 450 862	2 630 780	2 099 539

Note : Données extraites de la page 260 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Tableau 26
Fonds
d'immobilisations
Bilan au
31 mars 2011

		2010-2011 \$ 1	2009-2010 \$ 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01		
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	9 501 658	11 389 141
Débiteur MSSS	04	248 898	140 961
Autres éléments (préciser) (2-14)	05	10 323	36 030
À long terme			
Immobilisations	06	1 896 380	1 509 418
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	07	23 699 598	27 153 766
Frais reportés d'émission et d'escompte sur obligations	08	57 463	62 019
Autres éléments d'actif (préciser)	09		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.09)	10	35 414 320	40 291 335
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	11	32 958	21 346
Emprunts temporaires	12	9 703 282	11 739 034
Intérêts courus à payer : Financement Québec	13	248 898	130 984
Corporation d'hébergement du Québec	14		9 977
Autres	15		
Salaires courus à payer	16		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	17		
Autres éléments (préciser) (note 2-15)	18		36 030
À long terme			
Revenus reportés – Gouvernement fédéral	19		
Autres revenus reportés	20		
Provision pour vacances et congés de maladie	21		
Passifs environnementaux	22		
Dettes à long terme	23	25 429 182	28 353 964
TOTAL DU PASSIF (L.11 à L.23)	24	35 414 320	40 291 335
SOLDE DE FONDS	25		
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.24 + L.25)	26	35 414 320	40 291 335

Note : Données extraites de la page 261 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Tableau 27

Fonds affectés
cumulés
Bilan au
31 mars 2011

ACTIF		2010-2011	2009-2010	
		\$	\$	
		1	2	
À court terme				
Encaisse	01	2 843 692	2 687 454	
Placements temporaires	02			
Débiteurs :				
MSSS	03	667 157	68 955	
MSSS – subvention pour intérêts sur emprunts	04			
Établissements publics	05			
Fonds d'exploitation	06			
Fonds des activités régionalisées	07			
	08	xxxx	xxxx	
Autres	09	90 445	211 400	
Charges payées d'avance	10	111 631	79 763	
Autres éléments	11			
Total - Actif à court terme (L.01 à L.11)		12	3 712 925	3 047 572
À long terme				
Subvention à recevoir – provision pour vacances et congés de maladie	13	21 755	21 609	
Placements à long terme	14			
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 à L.14)		15	3 734 680	3 069 181
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque	16		10 929	
Emprunts temporaires	17			
Intérêts courus à payer	18			
Créditeurs et charges à payer :				
Établissements publics	19	141 512	8 915	
Organismes	20			
Fonds d'exploitation	21			
Fonds des activités régionalisées	22			
	23	xxxx	xxxx	
Salaires courus à payer	24	2 530	36 313	
Fonds des services de santé (FSS) à payer	25			
Autres	26	1 053 677	189 652	
Revenus reportés MSSS	27	54 077	250 357	
Revenus reportés – Gouvernement fédéral	28			
Autres revenus reportés	29		2 130	
Provision pour vacances et congés maladies	30	24 683	27 309	
Autres éléments	31			
TOTAL DU PASSIF (L.16 à L.31)		32	1 276 479	525 605
SOLDE DE FONDS		33	2 458 201	2 543 576
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.32 + L.33)		34	3 734 680	3 069 181

Note : Données extraites des pages 262 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Tableau 28

Fonds affectés
cumulésÉtat des résultats au
31 mars 2011

		2010-2011 \$ 1	2009-2010 \$ 2
PRODUITS			
MSSS	01	16 802 671	14 181 880
Récupération par le Ministère (en déduction)	02		
Crédits régionaux	03	253 844	383 455
Variation des revenus reportés – MSSS	04	160 947	(86 000)
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	05	146	71
Revenus de placements	06	27 407	12 615
Revenus d'autres sources :			
Subvention du gouvernement fédéral	07		
Autres subventions	08	15 490	30 490
Autres revenus	09	2 323 499	2 201 108
Total des produits (L.01 à L.09)	10	19 584 004	16 723 619
CHARGES			
Établissements publics	11	950 742	344 332
Organismes	12	6 855	9 548
Intérêts sur emprunts	13		
Charges d'exploitation :			
Salaires	14	105 618	103 484
Avantages sociaux	15	23 488	22 643
Charges sociales – Fonds des services de santé (FSS)	16	6 014	5 436
Charges sociales – Autres	17	11 092	10 095
Frais de déplacement et d'inscription	18	154 612	79 938
Services achetés	19	113 333	104 200
Location d'équipement	20	25	133
Fournitures de bureau	21	16 963	14 853
Autres charges d'exploitation	22	118 182	81 021
Autres charges	23	17 422 345	15 621 822
Total des charges (L.11 à L.23)	24	18 929 269	16 397 505
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 – L.24)	25	654 735	326 114

Note : Données extraites des pages 263 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Tableau 29
Fonds affectés
cumulés
État des soldes de
fonds au
31 mars 2011

		2010-2011	2009-2010
		\$	\$
		1	2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	2 543 576	2 289 946
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	654 735	326 114
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03		
Contributions des activités régionalisées (+)	04		
Contributions de fonds affectés (+)	05		
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07	(54 653)	
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	(716 388)	(39 216)
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10	30 931	(33 268)
Autres additions (déductions)	11		
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(85 375)	253 630
Redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	2 458 201	2 543 576

Note : Données extraites des pages 263 -1 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Tableau 30

État d'allocation de
l'enveloppe
régionale des crédits
2010-2011

		2010-2011 \$
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2010-2011 inscrit dans le système SBF-R	01	363 440 179
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	329 084 603
Allocations aux organismes communautaires	03	12 941 728
Allocation à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	218 700
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L.02 à L.04)	05	342 245 031
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	17 809 071
Autres (préciser) (note 2-16)	07	14 100
TOTAL (L.05 à L.07)	08	360 068 202
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 – L.08)		
	09	3 371 977
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
Comptes à payer signifiés (préciser) (note 2-17)	10	3 371 977
Comptes à payer non signifiés	11	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics		
Comptes à payer signifiés (préciser)	12	
Comptes à payer non signifiés	13	
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R (L.10 à L.13)	14	3 371 977
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 – L.14 – L.15)	16	
Information additionnelle		
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R (préciser page 292)	17	
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne 17 (préciser page 292)	18	

Note : Données extraites des pages 265 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Tableau 31

Fonds affectés
Sommaire des bilans
au 31 mars 2011

		Groupe de médecine de famille \$	Services préhospitaliers d'urgence \$	Autres fonds affectés \$
ACTIF				
À court terme				
Encaisse	01	1 809 978	370 807	662 907
Débiteurs :				
MSSS	02	5 521	583 480	78 156
Établissements	03			
Fonds d'exploitation	04			
Autres	05	6 797	51 826	31 822
Charges payées d'avance	06	77 953	24 555	9 123
Autres éléments	07			
TOTAL – Actif à court terme (L.01 à L.07)	08	1 900 249	1 030 668	782 008
À long terme				
Subventions à recevoir – prov. vacances et congés de maladie	09	1 020	20 735	
TOTAL DE L'ACTIF (L.08 + L.09)	10	1 901 269	1 051 403	782 008
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque	11			
Emprunts temporaires	12			
Intérêts courus à payer	13			
Créditeurs et charges à payer :				
Établissements publics	14	56 512		85 000
Organismes	15			
Fonds d'exploitation	16			
Fonds des activités régionalisées	17			
Autres fonds affectés	18			
Salaires courus à payer	19		2 530	
Autres	20	269 730	738 434	45 513
Revenus reportés MSSS et Crédits régionaux	21			54 077
Autres revenus reportés	22			
Provision pour vacances et congés de maladie	23		24 683	
Autres éléments	24			
TOTAL DU PASSIF (L.11 à L.24)	25	326 242	765 647	184 590
SOLDE DE FONDS	26	1 575 027	285 756	597 418
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS L.25 + L.26)	27	1 901 269	1 051 403	782 008

Note : Données extraites des pages 510 à 532 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Tableau 32
Fonds affectés
Sommaire des
résultats au
31 mars 2011

		Groupe de médecine de famille \$	Services préhospitaliers d'urgence \$	Autres fonds affectés \$
PRODUITS				
MSSS	01	2 058 957	13 391 722	1 351 992
Crédits régionaux	02	5 521		248 323
Variation des revenus reportés – MSSS et Crédits régionaux	03			160 947
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04		146	
Revenus de placements	05	14 615	6 916	5 876
Revenus d'autres sources :				
Subvention du gouvernement fédéral	06			
Autres subventions	07			15 490
Autres	08	3 830	2 192 824	126 845
TOTAL DES PRODUITS (L.01 à L.08)	09	2 082 923	15 591 608	1 909 473
CHARGES				
Établissements publics	10			950 742
Organismes	11			6 855
Intérêts sur emprunts	12			
Charges d'exploitation :				
Salaires	13		105 618	
Avantages sociaux	14		23 488	
Charges sociales	15		17 106	
Frais de déplacement et d'inscription	16		2 382	152 230
Services achetés	17			113 333
Location d'équipement	18			25
Fournitures de bureau	19		14 993	1 970
Autres charges d'exploitation	20		2 410	115 772
Autres charges	21	2 129 824	14 788 651	503 870
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.21)	22	2 129 824	14 954 648	1 844 797
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.09 – L.22)	23	(46 901)	636 960	64 676

Note : Données extraites des pages 510 à 532 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Tableau 33

Fonds affectés
Sommaire des soldes
de fonds au
31 mars 2011

		Groupe de médecine de famille \$	Services préhospitaliers d'urgence \$	Autres fonds affectés \$
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 676 581	334 253	532 742
Additions (déductions)				
Excédent (déficit) de l'exercice	02	(46 901)	636 960	64 676
Transferts interfonds (provenance) :				
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03			
Contributions des activités régionalisées (+)	04			
Contribution de fonds affectés (+)	05			
Transferts interfonds (affectations) ;				
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06			
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07	(54 653)		
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08			
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09		(716 388)	
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10		30 931	
Autres additions (déductions)	11			
Variations de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(101 554)	(48 497)	64 676
Redressements demandés par le MSSS	13			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 575 027	285 756	597 418

Note : Données extraites des pages 510 à 532 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2010-2011.

Notes aux états financiers – exercice terminé le 31 mars 2011

Note 1 – Résultats

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 200, ligne 29, est traité de la façon suivante :

- ↳ Le résultat se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 414 419 \$; il est imputé au solde des activités principales et est assujéti à la politique de libération du surplus.
- ↳ Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES indiqué à la page 200, ligne 29, se solde par un excédent des charges sur les revenus de 14 477 \$ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

Note 2 – Statut et nature des opérations

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Agence) a été constituée le 1^{er} janvier 2006 en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Elle a pour mandat 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.

Le siège social de l'Agence est situé au 1, 9^e Rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

Note 3 – Modification de conventions comptables

Changement de référentiel comptable

En décembre 2010, le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public a modifié la préface des normes comptables pour le secteur public dans le but d'enjoindre aux organismes sans but lucratif du secteur public, de se conformer soit au Manuel de comptabilité de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (ICCA) pour le secteur public avec les chapitres SP 4200 à SP 4270, soit au Manuel de comptabilité de l'ICCA pour le secteur public (Manuel du secteur public) sans ces chapitres, et ce, à compter des exercices ouverts le 1^{er} janvier 2012.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Agence a adopté par anticipation les normes du Manuel du secteur public sans les chapitres SP 4200 à SP 4270 (normes comptables s'appliquant uniquement aux organismes sans but lucratif du secteur public) pour le rapport financier annuel au 31 mars 2011.

De plus, le rapport financier annuel préparé par la direction de l'Agence est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des normes suivantes :

- ↳ Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Note 3 – Modification de conventions comptables (suite)

- ↳ Les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Au 31 mars 2010, le rapport financier annuel avait été établi conformément aux conventions comptables énoncées au Manuel de gestion financière (MGF) publié par le MSSS, lesquelles s'appuyaient sur les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Le changement de référentiel comptable n'a eu aucune autre incidence sur les résultats de l'exercice précédent.

Note 4 – Description des principales conventions comptables

Conventions comptables

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

Le fonds d'exploitation : Fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

Le fonds d'immobilisations : Fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. Ces opérations incluant tout don ou legs transféré du fonds à destination spéciale ou du fonds de dotation qui sont présentés à titre de revenus reportés et amortis sur la durée de vie des actifs qui s'y relient. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

Le fonds affecté : Fonds constitué de subventions provenant exclusivement du MSSS. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées.

Note 4 – Description des principales conventions comptables (suite)

Le fonds des activités régionalisées : Fonds regroupant les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant 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.

Le Fonds de santé au travail : Fonds regroupant 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. 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 entre les fonds de l'Agence sont comptabilisés directement au solde des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, ils sont toutefois tenus en compte pour 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 de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes.

Activités principales : Les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'Agence est appelée à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le MSSS.

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.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'Agence dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires en égard aux services rendus par l'Agence. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités 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.

Note 4 – Description des principales conventions comptables (suite)

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

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>
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Équipement informatique	3 ans
Équipement de communication multimédia	5 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans
Équipements médicaux (agence)	12 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans
Développement informatique	5 ans

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 et 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, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le MSSS. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique

Les sommes dont le budget de fonctionnement et les rectificatifs postbudgétaires en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement, MSSS, etc. sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où ils sont autorisés, où les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et où une estimation raisonnable des montants en cause est possible.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites (développement, joueurs pathologiques, etc.) et que les dépenses seront assumées dans le futur.

Note 4 – Description des principales conventions comptables (suite)

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution 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 sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

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.

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 auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. 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'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentés au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

*Note 4 – Description des principales conventions comptables (suite)***Charges inhérentes aux ventes de services**

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaliser les montants des revenus correspondants.

Analyses financières

L'Agence n'a pas reçu les analyses financières de l'exercice 2009-2010.

Note 5 – Emprunts bancaires – Enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements

L'Agence est autorisée à emprunter sous forme d'emprunts temporaires afin de pourvoir aux paiements des dépenses effectuées par les établissements publics dans le cadre des enveloppes décentralisées. L'Agence dispose d'autorisations d'emprunts pour des montants totalisant 45 389 711 \$ dont un montant de 9 703 282 \$ était utilisé au 31 mars 2011.

Pour réaliser ces emprunts temporaires, l'Agence dispose d'une marge de crédit d'appoint autorisée de 100 000 \$ portant intérêt au taux préférentiel du prêteur moins 1,1 % (1,9 % au 31 mars 2011) afin de financer la portion de l'encours des emprunts inférieure à 100 000 \$.

De plus, l'Agence dispose d'autorisations d'emprunts à court terme par voie d'acceptations bancaires. Ces emprunts portent intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,3 % (1,5 % au 31 mars 2011) afin de financer la portion de l'encours des emprunts excédant 100 000 \$.

Note 6 – Dette à long terme

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
Marge de crédit d'un montant autorisé qui évolue en fonction des autorisations ministérielles, portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois plus 0,05 % (1,25 %; 0,49 % en 2010)	85 174 \$	86 813 \$
Marge de crédit d'un montant autorisé qui évolue en fonction des autorisations ministérielles, portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois plus 0,05 % (1,25 %; 0,74 % en 2010), venant à échéance le 31 mars 2023		60 339 \$
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital plus les intérêts au taux variant de 3,2079 % et 8,79 %, payables semestriellement et échéant à différentes dates jusqu'au 31 mars 2023	<u>25 344 008 \$</u> <u>25 429 182 \$</u>	<u>28 206 811 \$</u> <u>28 353 963 \$</u>

Note 6 – Dette à long terme (suite)

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2012	7 797 894 \$
2013	2 230 195
2014	2 660 530
2015	2 507 661
2016	<u>3 175 715</u>
	<u>18 371 995 \$</u>

Note 7 – État de la variation de la dette nette

L'état de la variation de la dette nette n'est pas présenté dans les états financiers. Toutefois, l'information sur la dette nette est disponible à la lecture des autres états financiers et des informations explicatives.

Note 8 – Régime 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 des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. 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.

Note 9 – Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'en avril 2016 pour des locaux administratifs et des biens loués.

Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2012	347 428 \$
2013	346 555
2014	305 664
2015	5 487
2016	<u>5 487</u>
	<u>1 010 621 \$</u>

Note 9 - Engagements (suite)

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2012	895 000 \$
2013	697 500
2014	535 000
2015	520 000
2016	<u>520 000</u>
	<u>3 167 500 \$</u>

*Note 10 – Engagements budgétaires***Engagements au niveau des activités régionalisées**

La direction s'est engagée à verser certaines sommes d'argent à des établissements, organismes ou projets qui n'étaient pas versées ni comptabilisées au 31 mars 2011. Voici le détail par fonds de ces montants :

Activités régionalisées - budget 7910-01 - Technocentre régional

Projets SIGDU :	
- CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	10 380 \$
Projets TD Synergie :	
- CSSS du Lac-Témiscamingue	3 944
- CSSS de Rouyn-Noranda	14 988
- CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	2 656
- CSSS des Aurores-Boréales	1 083
- CSSS Les Eskers de l'Abitibi	17 921
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	19 466
Projets SARDM :	
- CSSS de Rouyn-Noranda	2 746
- CSSS des Aurores-Boréales	30 000
- CSSS Les Eskers de l'Abitibi	<u>22 634</u>
	<u>125 818 \$</u>

Note 11 – Opérations entre apparentés

L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ses apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles.

Situation financière des établissements

Budget net de fonctionnement

L'exercice financier 2010-2011 s'est soldé par un déficit régional de 2 966 185 \$. Trois CSSS présentent des déficits. Pour l'un d'entre eux, le recours à son avoir propre permet de régler la situation. En ce qui concerne les deux autres, des mesures sont mises en place pour le retour à l'équilibre budgétaire.

Tableau 34
Budget net de
fonctionnement
Excédent ou (Déficit)
au 31 mars 2011

ÉTABLISSEMENTS	Budget net de fonctionnement		Excédent (déficit) du Fonds d'exploitation*	
	2010-2011 \$	2009-2010 \$	2010-2011 \$	2009-2010 \$
CSSS				
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	52 757 314	51 124 455	24 566	235 673
CSSS des Aurores-Boréales	41 809 838	42 413 728	254 674	7 168
CSSS de Rouyn-Noranda	68 611 970	67 099 530	(1 071 202)	85 758
CSSS de la Vallée-de-l'Or	74 279 640	72 485 697	(2 562 458)	(1 626 130)
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	6 475 221	6 411 005	(79 578)	(51 253)
CSSS du Lac-Témiscamingue	25 723 797	25 326 833	108 835	4 158
SOUS-TOTAL	269 657 780	264 861 248	(3 325 163)	(1 344 626)
CRPDI – CRPDP – CRPAT				
CRDIAT Clair Foyer	19 885 069	18 130 200	43 318	62 491
CR La Maison	10 619 337	10 409 219	111 247	125 156
Centre Normand	2 600 314	2 539 325	29 259	63 223
SOUS-TOTAL	33 104 720	31 078 744	183 824	250 870
CPEJ - CRJDA				
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue	23 180 836	22 544 105	175 154	171 729
SOUS-TOTAL	23 180 836	22 544 105	175 154	171 729
TOTAL RÉGIONAL	325 943 336	318 484 097	(2 966 185)	(922 027)

* Avant l'analyse financière.

Autorisation d'emprunt temporaire accordée

En décembre 2007, des modifications ont été apportées à la Loi sur l'administration financière afin de prévoir, pour les organismes assujettis à l'application du chapitre VIII de cette loi, des modalités d'exercice de leur pouvoir d'emprunter, d'effectuer des placements, de prendre certains engagements financiers et de conclure des produits dérivés.

Le réseau de la santé et des services sociaux est visé par ces nouvelles dispositions. Les modifications sont en vigueur depuis le 15 décembre 2008 alors que celles concernant les engagements financiers le sont depuis le 6 novembre 2008. Le pouvoir d'emprunt des établissements publics est encadré par l'article 296 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'article 13 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux et l'article 77.1 de la Loi sur l'administration financière.

Les ajouts à la loi font en sorte que l'exercice des pouvoirs visés nécessitera dorénavant l'autorisation du ministre de la Santé et des Services sociaux de même que celle du ministre des Finances. Il est toutefois prévu, par règlement, certains cas où l'autorisation du ministre des Finances n'est pas requise, que le ministre de la Santé et des Services sociaux puisse déléguer à toute personne qu'il désigne le pouvoir de donner les autorisations requises.

Les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses courantes de fonctionnement sont sous la responsabilité entière du ministre. Toute demande d'emprunt est acheminée à l'Agence, le MSSS autorise l'emprunt temporaire. Aucune limite ou aucun plafond n'est considéré pour les dépenses courantes de fonctionnement.

En ce qui concerne les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses d'immobilisation à la charge du fonds d'exploitation, avec des limites clairement définies, l'instance régionale doit obtenir une autorisation ministérielle ad hoc avant d'autoriser un établissement à emprunter.

Tableau 35
Autorisation
d'emprunt
temporaire accordée
au 31 mars 2011

Nature des dépenses	\$	%
Dépenses courantes de fonctionnement	1 800 000	0,5
Dépenses en immobilisation	1 986 133	0,5
Total régional	3 786 133	1,0

Subventions aux organismes communautaires

Tableau 36

Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2011

ORGANISMES	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service , projets et soutien ponctuels	
	2010-2011 \$	2009-2010 \$	2010-2011 \$	2009-2010 \$
ACCÈS LOGIS				
Résidences Témiscaming			11 377	11 154
Table concertation personnes âgées Témis.			18 617	18 252
Sous-total	0	0	29 994	29 406
ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES				
Accueil Giboulée Harvey-Bibeau	195 846	192 081	50 000	50 000
Maison du Compagnon La Sarre	143 500	140 741	2 000	
Maison du Soleil levant de Rouyn-Noranda	207 706	181 806	17 000	21 907
Manoir du chemin pour la sobriété	27 278	26 754	6 900	2 200
Piaule de Val-d'Or inc.	146 388	143 574	11 000	
Unité Domrémy de La Sarre	5 843	5 731		
Unité Domrémy de Val-d'Or	61 842	60 653	36 706	
Sous-total	788 403	751 340	123 606	74 107
AUTRES RESSOURCES JEUNESSE				
Arrimage jeunesse			101 133	105 922
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs Abitibi-Ouest	20 424	20 031		
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs Rouyn-Noranda	16 068	15 759		
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs Val-d'Or	16 711	16 390		4 000
Centre ressources jeunesse A-T			82 285	96 057
Conseil territorial de la jeunesse Abitibi-Est			10 000	10 000
Espace Val-d'Or	126 485	124 053	2 300	
Groupe IO			51 107	50 125
Interlocal jeunes Rouyn-Noranda			45 650	5 946
Mobilisation espoir jeunesse			29 040	29 040
Notre-Dame-du-Nord en santé			92 751	91 085
Projet jeunesse St-Michel	30 761	30 170		
Sous-total	210 449	206 403	414 266	392 175
AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)				
Assaut sexuel secours inc.	241 011	236 378	2 747	2 541
CALACS-Abitibi (Centre aide/lutte agressions sexuelles)	125 771	123 353	3 500	
CAPACS Abitibi-Ouest (Centre aide/prévention agressions sexuelles)	125 246	122 838	1 000	
Point d'appui	241 664	237 018	10 000	
Sous-total	733 692	719 587	17 247	2 541
CENTRES D' ACTIONS BÉNÉVOLES				
Centre de bénévolat Rouyn-Noranda	117 579	115 320		
Centre de bénévolat Val-d'Or	89 531	87 810	22 990	22 548
Centre de bénévolat Lac-Témiscamingue	43 651	42 812		
Centre d'action bénévole l'amicale	52 692	51 679		
Sous-total	303 453	297 621	22 990	22 548
CENTRES DE FEMMES				
Centre de femmes l'Érige	175 254	171 885		
Collectif féministe	175 426	172 054	3 000	
Comité de la condition féminine	175 372	172 001		11 730
Sous-total	526 052	515 940	3 000	11 730

Tableau 34

Liste des organismes
communautaires
subventionnés par
catégorie et par
secteur d'activités au
31 mars 2011
(suite)

ORGANISMES	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service , projets et soutien ponctuels	
	2010-2011 \$	2009-2010 \$	2010-2011 \$	2009-2010 \$
Centre d'entraide et d'amitié autochtone Senneterre			1 500	
Sous-total	0	0	1 500	0
CONCERTATION RÉGIONALE				
CROC-AT	79 790	78 256		5 260
Sous-total	79 790	78 256		5 260
FAMILLE				
CPE Canelle et Pruneau			1 039	4 212
CPE chez Caliméro			2 770	773
CPE Fleur et miel			1 385	2 787
CPE Les Petits Chatons			1 730	
Ligue La Lèche				13 275
Maison de la famille Amos			21 897	20 524
Maison de la famille La Sarre			22 879	21 987
Maison de la famille Malartic			7 680	5 432
Maison de la famille Rouyn-Noranda			40 062	44 350
Maison de la famille Senneterre			6 031	5 954
Maison de la famille de Val-d'Or			25 440	24 499
Pour tous les bouts de Chou			9 634	11 145
Sous-total	0	0	140 547	154 938
HOMMES EN DIFFICULTÉ				
Groupe Image du Témiscamingue	138 790	116 506	31 000	20 000
SATAS (Service d'aide et de traitement en apprentissage social)	89 486	87 766		106
Sous-total	228 276	204 272	31 000	20 106
MAINTIEN À DOMICILE				
Bénévoles de Belcourt	4 414	4 329		
Bénévoles de Champneuf	5 554	5 447		
Bénévoles de Lamorandière	6 983	6 849		
Centre des bénévoles Uni-Joie	6 766	6 636		
Club de l'âge d'or de Ville-Marie	686	673		
Club de l'âge d'or de Vassan	3 785	3 712		
Comité bénévole Papillons dorés	4 737	4 646		
Comité bénévole Santé et Joie	6 915	6 782		
Comité bénévole Tournesol	4 035	3 957	2 000	2 000
Comité de bénévoles de Rochebaucourt	5 810	5 698		
Comité de bénévoles Les Glaneurs	3 362	3 297		
Comité de bénévoles Landrienne	3 406	3 341		
Comité Main dans la main, La Corne	2 068	2 028		
Corporation Alliance des générations	6 494	6 369		
Corporation Soutien-Accueil d'Amos		1 391		
Coup de pouce communautaire Malartic	17 024	16 697		
Domaine de l'Hirondelle	4 877	7 803		
Entraide de quartier Le Point d'eau	37 666	31 298		
Groupe d'actions bénévoles Abitibi-Ouest	42 683	41 863		
Groupe de service d'entraide secteur Est du Témiscamingue	2 530	2 481		
Indépendance 65 +	13 338	15 759		4 911
Popote roulante d'Amos	8 149	7 992		
Popote roulante de Val-d'Or	15 053	14 764		
Regroupement des personnes aidantes naturelles Rouyn-Noranda	14 208	13 935		

Tableau 34

Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2011 (suite)

ORGANISMES	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service , projets et soutien ponctuels	
	2010-2011 \$	2009-2010 \$	2010-2011 \$	2009-2010 \$
Support aux aînés Harricana			12 553	
Table de concertation pers. âgées du Témiscamingue	50 025	49 063		
Sous-total	270 568	266 810	14 553	6 911
MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE				
Alternative pour elles	722 641	708 749		
Maison Mikana	616 180	604 335		12 000
Maison d'hébergement l'Équinoxe	552 171	541 556		15 750
Maison d'hébergement Le Nid	637 395	625 142		106
Sous-total	2 528 387	2 479 782		27 856
MAISONS DE JEUNES				
Campus Jeunesse de Cadillac	38 786	38 040		
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			111 864	94 050
Jeunesse Action Val-d'Or inc.	87 390	85 710	2 500	3 000
Liaison 12-18 inc.	75 959	74 499		
Maison des jeunes Le Kao de Barraute	49 737	48 781	4 700	2 200
Maison des jeunes du Témiscamingue	80 095	78 555	11 147	11 147
Maison des jeunes F.R.A.D. inc.	59 926	58 774		
Maison des jeunes de La Sarre	77 278	75 792	29 817	29 817
Refuge jeunesse Malartic inc.	77 928	76 430	1 500	
Soupape Maison des jeunes inc.	83 467	81 862		
Sous-total	630 566	618 443	161 528	140 214
MESURES DE RECHANGE				
Liaison justice	523 418	513 356		
Sous-total	523 418	513 356	0	0
MULTICIENTÈLES				
Corporation de développement communautaire Universeau	18 956	18 592	5 800	6 300
Mouvement relève d'Amos			51 539	50 548
ORDET	82 925	81 331		310
Sous-total	101 881	99 923	57 339	57 158
PERSONNES DÉMUNIES				
Association Place au soleil	5 774	5 663		
Centre Bernard-Hamel	50 205	49 240		
Fraternité St-Michel	22 482	22 050		
Maison St-André Abitibi-Ouest	38 996	38 246		
Regroup. d'entraide sociale du Témiscamingue	51 308	50 322	12 529	12 288
Sous-total	168 765	165 521	12 529	12 288
PERSONNES HANDICAPÉES				
Actia	63 489	54 581		4 721
Aile brisée (L)	57 816	34 474	2 900	9 611
Arche d'Amos	311 212	279 614		25 615
Ass. de parents d'enfants handicapés du Témiscamingue	59 661	48 824		12 030
Ass. Personnes handicapées Témiscaming	5 078			
Ass. personnes handicapées visuelles			2 068	2 028
Ass. intégration sociale	135 672	118 054		15 220
Ass. Qc enfants dysphasiques (audimuets)		5 731		
Ass. Qc enfants problèmes auditifs (AQEPA)	31 931	6 577		
Ass. voir sans voir	10 677	10 472		

Tableau 34

Liste des organismes
communautaires
subventionnés par
catégorie et par
secteur d'activités au
31 mars 2011
(suite)

ORGANISMES	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service , projets et soutien ponctuels	
	2010-2011 \$	2009-2010 \$	2010-2011 \$	2009-2010 \$
Centre de jour Les Intrépides	166 722	147 931	1 000	12 825
Centre La Mésange	30 864	19 131		5 808
Centre d'intégration physique l'Envol	65 601	64 340		
Club A.C.V. Rouyn-Noranda inc.	10 331	10 132		
Club de l'amitié des handicapés d'Abitibi-Ouest	143 151	127 623		13 165
Club des handicapés de Val-d'Or	120 405	101 056		18 640
Corporation de répit-dépannage La Chrysalide	124 294	109 129		13 165
Parrainage civique de l'A-T	13 859	8 819	25 440	33 018
Pilier (Le)	39 668	38 905		800
Personnes handicapées Amos-région (PHAR)	66 019	63 421		500
Réseau intégration à l'emploi A-T				4 531
Ressource pour personnes handicapées, Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec	11 700	11 475	593 053	658 604
Société autisme et autres troubles de l'Abitibi-Témiscamingue	140 286	137 589		
Vie autonome Abitibi-Témiscamingue	44 128	52 018		2 500
Sous-total	1 652 564	1 449 896	624 461	832 781
SANTÉ MENTALE				
Accueil Giboulée Harvey Bibeau	107 045	104 987	38 237	31 347
Appartements communautaires Le Pont	5 667	5 558		
Bouée d'espoir (Le Relais)	74 812	73 374		
Entretoise du Témiscamingue	118 800	116 516		
Équipe La Petite Rencontre	148 253	145 403	26 265	25 760
Groupe en toute amitié de Senneterre	11 002	10 791		
Groupe Soleil	136 102	133 486	87 539	85 856
Ligne intervention téléphonique du suicide A-T (centre régional)	256 736	251 801		
Maison 4 saisons du Témiscamingue	136 577	133 951	9 000	
Pont (Le) de Rouyn-Noranda	192 045	188 353	19 416	19 043
Portail (Le)	79 297	77 773		
Prévention suicide d'Amos (Centre)	72 361	68 912	3 110	4 116
Prévention suicide du Témiscamingue (Comité)	46 445	44 119	2 166	2 866
Prévention suicide de Rouyn-Noranda (Centre)	105 766	100 401	5 035	6 664
Prévention suicide de Malartic (Centre)	26 693	25 837	519	686
Prévention suicide de Senneterre (Comité)	23 756	22 907	5 392	5 584
Prévention suicide de Val-d'Or (Comité)	82 149	77 654	4 406	5 832
Prévention suicide Abitibi-Ouest (Comité)	59 917	56 989	2 684	3 552
RAIDD-AT (Res.aide & inf.déf.droits A-T)			71 138	69 770
Résidence d'hébergement La Chaumière	140 917	138 208		
Rescousse (La)	74 873	73 434		7 785
TCROCASMAT			26 093	25 592
Trait Union (Le)	220 456	216 218	47 920	46 999
Valpabem	79 537	78 008	625	
Sous-total	2 199 206	2 144 680	349 545	341 452
SANTÉ PHYSIQUE				
Albatros 08 inc.	18 716	18 356		
Amis de l'Envol	4 546	4 459		
Arc-en-soi de La Sarre	5 249	5 148		
Association de la fibromyalgie	21 632	21 216		350
Association des diabétiques du Témiscamingue	5 115	5 017		
Association diabète de Rouyn-Noranda	6 534	6 408		
Association épilepsie Abitibi-Témiscamingue	4 137	4 057		

Tableau 34

Liste des organismes
communautaires
subventionnés par
catégorie et par
secteur d'activités au
31 mars 2011
(suite)

ORGANISMES	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service , projets et soutien ponctuels	
	2010-2011 \$	2009-2010 \$	2010-2011 \$	2009-2010 \$
Diabète Val-d'Or	3 103	3 043		
Lueur du phare	2 044	2 005		
Parkinson A-T			300	680
Société Alzheimer de Rouyn-Noranda	24 815	24 338	330	500
Société Alzheimer de Val-d'Or	28 317	27 773		
Société sclérose en plaques A-T	24 531	24 059		
Sous-total	148 739	145 879	630	1 530
SERVICES GÉNÉRAUX				
CAFA (Centre d'animation)			5 000	
Sous-total			5 000	
SIDA				
Centre des ROSÉS de l'A-T	55 047	53 989		
Sous-total	55 047	53 989		0
TOTAL	11 149 256	10 711 698	2 009 735	2 133 001

Section 5

Bilan de suivi de gestion de
l'entente de gestion et d'imputabilité

5. Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

Déclaration sur la fiabilité des données

Les résultats et l'information contenus 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 l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données de l'information et des explications qui y sont présentées. Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2010-2011 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.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière 2010-2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

Signé à Rouyn-Noranda le 31 mai 2011



Lise St-Amour,
Présidente-directrice générale

■ Multiples attentes ministérielles

Entente de gestion

Indicateurs	Réalisée	Non réalisée
Dépôt du plan stratégique régional	Oui	
Plan d'action 2011-2012 de l'Agence	Oui	
Dépôt de projets d'optimisation	Oui	
Dépôt, au ministère, des ententes de gestion agence/établissement 2010-2011	Oui	
Dépôt des mesures pour réduire de 10 % les dépenses de nature administrative	Oui	
Dépôt du bilan du plan d'accès en déficience	Oui	
Dépôt du plan de travail sur l'implantation des programmes en négligence et d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (jeunesse)	Oui	

Commentaires

Projets d'optimisation : voir la fiche concernant les spécificités régionales.

■ Attentes spécifiques

Entente de gestion

Objectifs de résultats 2010-2015	
Sujets	Résultats 2010-2011
Suivi au regard de la situation budgétaire du CSSS de la Vallée-de-l'Or	Équilibre budgétaire non atteint
Occupation de lits de CH par des patients en fin de soins actifs en lien avec le suivi hebdomadaire administratif du CSSS de la Vallée-de-l'Or, du CSSS Les Eskers de l'Abitibi et du CSSS de Rouyn-Noranda	Amélioration partielle

Commentaires

La version finale du budget détaillé du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vallée-de-l'Or a été transmise à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue en octobre 2010. À la suite des résultats, en novembre, l'Agence demandait au CSSS de la Vallée-de-l'Or de produire un plan de retour à l'équilibre budgétaire (PEB).

Le PEB a été déposé à l'Agence en janvier 2011; après analyse par l'Agence, il a été transmis au MSSS en mars 2011.

Bien qu'un suivi rigoureux ait été effectué et que la mise en place des mesures ait été suivie de très près par l'Agence, l'établissement présente un déficit de plus de 2 600 000 \$ au 31 mars 2011.

Malgré un suivi étroit de la part de l'Agence, des difficultés persistent quant aux patients en attente d'évaluation au CSSS Les Eskers de l'Abitibi et au CSSS de Rouyn-Noranda. Quant au nombre de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée, la situation s'est détériorée pour le CSSS de la Vallée-de-l'Or et pour le CSSS Les Eskers de l'Abitibi.

■ Spécificités régionales

Entente de gestion

Objectifs de résultats 2010-2015

Sujets	Résultats 2010-2011
Radiothérapie	Partiellement réalisé
Réinsertion sociale de 53 personnes	48/53
Optimisation clinique	Réalisé
Fusion d'établissement	En cours
Efficience dans l'utilisation des ressources	Démarche Lean en cours

Commentaires

Radiothérapie

L'Agence a réalisé une démarche afin de convenir d'un consensus régional quant à la localisation d'un éventuel centre de radiothérapie. Le rapport d'experts en radio-oncologie a permis d'identifier le CSSS de Rouyn-Noranda comme site privilégié. Le dossier sera déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en juin 2011.

Réinsertion sociale de 53 personnes

Le projet de réinsertion sociale est dans sa dernière phase d'implantation. Depuis trois ans, 48 des 53 usagers ont été transférés dans des milieux répondant mieux à leurs besoins, dont douze au cours de l'année 2010-2011.

Diverses démarches ont été effectuées afin d'identifier, puis de rétrocéder le terrain visé pour une construction neuve. Les ententes requises ont été signées. La Société d'habitation du Québec (SHQ) et le MSSS ont été associés à ces démarches. La construction devrait débuter à l'été 2011. Cette ressource à assistance continue (RAC) permettra d'intégrer les cinq derniers usagers visés par le projet initial.

Optimisation clinique

Quatre CSSS ont déployé un programme d'autogestion des maladies cliniques. Le CSSS des Aurores-Boréales a également réalisé un projet d'organisation du travail en soins infirmiers en CHSLD et en soutien à domicile.

Fusion d'établissement

Le départ du directeur général du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa a été l'occasion d'enclencher un processus de fusion de deux CSSS de la même municipalité régionale de comté (MRC) dans le but d'améliorer l'offre de service à la population. La fusion sera effective à compter de juin 2011.

Efficience

Le CSSS de la Vallée-de-l'Or et le CSSS Les Eskers de l'Abitibi ont complété une démarche *Lean* à l'urgence. Les actions devraient être implantées en juin 2011 pour le CSSS de la Vallée-de-l'Or. De plus, le CSSS Les Eskers de l'Abitibi a réalisé une démarche *Lean* pour les services de soutien à domicile.

■ Santé publique

Entente de gestion

Objectif de résultats

Implanter l'approche *École en santé* dans les écoles, et ce en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté

Indicateur	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
Proportion d'écoles qui implantent l'approche <i>École en santé</i>	42,7 % 45/103 écoles + 1 école en milieu autochtone	85,7 %	35,6 % selon Gestred (46,5 % 47/101 écoles ¹ + 1 école en milieu autochtone)

Commentaires

La cible n'est pas atteinte, toutefois les résultats obtenus doivent être interprétés avec prudence.

En septembre 2010, les commissions scolaires de l'Abitibi-Témiscamingue ont identifié 87 écoles ayant amorcé une démarche *École en santé*. Cependant, les données transmises par les CSSS ne font pas état de cette situation et démontrent une légère baisse par rapport aux résultats obtenus en 2009-2010. Selon le Cadre normatif du Système d'information sur la clientèle et les Services des CLSC (I-CLSC), une école est considérée *en santé* lorsqu'au moins un acte est posé par l'accompagnateur de l'*Approche École en santé* (AÉS) du CSSS en soutien à l'école dans les étapes de mise en œuvre durant l'année.

Certains postes d'accompagnateurs de CSSS ont été vacants durant les derniers mois dans deux territoires. Ceci a provoqué une interruption quant à l'entrée de statistiques, et ce, malgré le fait que les écoles aient poursuivi la mise en œuvre de l'approche avec les accompagnateurs des commissions scolaires.

Des rencontres de planification et de bilan entre les CSSS et les commissions scolaires se sont tenues dans les différents territoires de la région. Sous le leadership de l'Agence et de la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), trois rencontres régionales des accompagnateurs AÉS ont eu lieu en 2010-2011 :

- ↳ arrimage de l'AÉS et de la stratégie d'intervention *Agir Autrement* du MELS;
- ↳ appropriation de l'outil *Réussite éducative, santé et bien-être : agir efficacement en contexte scolaire – synthèse des recommandations* produites par l'Institut national de santé publique (INSPQ);
- ↳ échanges entre territoires et sensibilisation à l'intervention en contexte de pauvreté.

La collaboration entre les CSSS et les écoles reste un défi. C'est pourquoi l'Agence travaillera de concert avec le MELS et les territoires pour faciliter l'appropriation et le déploiement d'une offre de service en promotion et prévention qui répondra aux pratiques reconnues comme efficaces en contexte scolaire, aux priorités des CSSS ainsi qu'aux besoins des écoles. Cette démarche permettra aussi de réitérer les attentes signifiées ainsi que l'accompagnement disponible pour la poursuite de la mise en œuvre d'*École en santé*.

¹ Le nombre d'écoles correspond au nombre de bâtiments. Ne pas confondre avec les écoles institutionnelles qui peuvent regrouper plusieurs écoles physiques. En 2010-2011, le nombre d'écoles inclut les écoles francophones et anglophones de la région ainsi que l'école Beauvalois qui appartient à la région 10, mais qui est desservie par le CSSS des Aurores-Boréales.

* Résultats en date du 11 mai 2010

** Résultats du 16 mai 2011

■ Santé publique - Immunisation

Entente de gestion

Objectif de résultats

Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec

Indicateur	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	67,6 %	75 %	67,2 %

Commentaires

Vaccination à 1 an : On constate à nouveau cette année que l'objectif ministériel de 75 % s'avère plus difficile à atteindre. Cependant, les acquis ont été préservés dans l'ensemble de la région sauf pour deux CSSS. Deux CSSS ont atteint la cible et un autre se situe très près de l'objectif avec 72 %.

Les CSSS démontrent leur volonté de réduire les délais de vaccination afin de procurer le plus rapidement possible une protection aux nourrissons. La recherche de nouvelles stratégies s'avère incontournable, particulièrement pour ce groupe d'âge.

* Résultats en date du 11 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

■ Réseau de services intégrés

Entente de gestion

Objectif de résultats

Poursuivre la mise en œuvre du réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA) en augmentant le degré d'implantation de 5 %

Assurer la formation de tous les utilisateurs sur l'outil informatique des RSIPA

Compléter la formation sur les outils cliniques suivants : l'outil de repérage (PRISMA-7), l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) et les profils de besoins (Iso-SMAF), préalables au déploiement de la solution RSIPA

Indicateur		Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats* 2010-2011
Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de service (RLS)		43,92 %	55 % (d'ici 2015)	56,77 %
Structure régionale de déploiement		S.O.	Mise en place d'une structure	Comités mis en place
PRISMA-7	Proportion de personnes formées	32,5 %	95 %	85 %
OEMC	Proportion de personnes formées	60,7 %	95 %	98,9 %
Profils Iso-SMAF	Proportion de personnes formées	29,4 %	95 %	97,8 %
Solution RSIPA	Proportion de personnes formées	S.O.	95 %	93,9 %

Commentaires

La cible de 5 % d'augmentation du degré d'implantation des différentes composantes cliniques et organisationnelles des RSIPA est atteinte, même dépassée.

Les cibles visées pour la formation des utilisateurs sur les outils cliniques et l'outil informatique sont en grande partie atteintes, avec des taux allant de 85 % à 98,9 %. Les formations ont été données dans les six CSSS de la région, et ce, selon les disponibilités des formateurs et des intervenants.

L'Agence a poursuivi les travaux pour le déploiement de la solution d'informatisation RSIPA. Ainsi, la structure régionale de déploiement, comprenant un comité directeur, un comité clinique et un comité de chargés de projets, est opérationnelle. Au cours de l'année :

- ↳ deux rencontres du comité directeur ont permis d'aborder les problématiques et de préciser des orientations;
- ↳ six rencontres avec le comité clinique ont permis de traiter des aspects opérationnels;
- ↳ trois rencontres avec les chargés de projet ont donné lieu aux précisions requises pour les modalités de déploiement. La production des livrables *Bilan régional de déploiement* et *Tableaux de planification et de suivi* ont été réalisés.

Un comité utilisateur, tant au niveau provincial que régional, a été mis sur pied afin d'assurer le maintien de la qualité des formations et d'apporter les corrections dans l'environnement de production.

* Résultats en date du 31 mai 2011

■ Approche adaptée en milieu hospitalier

Entente de gestion

Objectif de résultats

Mettre en application la majorité des préalables à l'implantation de l'approche adaptée en milieu hospitalier

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats* 2010-2011
Pourcentage des CH ayant mis en place la majorité des préalables à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	S.O.	100 %	16,7 %
Nombre de CSSS utilisant un outil de repérage à l'urgence	S.O.	6/6	6/6
Nombre de CSSS disposant de mécanismes de suivi pour les repérages positifs	S.O.	6/6	1/6
Nombre de CSSS ayant un intervenant pivot ou de liaison à l'urgence dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables qui assure les liens interétablissements	S.O.	6/6	3/6
Nombre de CSSS appliquant un programme de marche à l'urgence et aux unités d'hospitalisation	S.O.	6/6	0/6

Commentaires

Un seul établissement a implanté la majorité des préalables à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

Les travaux ont débuté en janvier 2011 avec la constitution d'un comité provincial des répondants régionaux et la production des outils cliniques et d'information. Un comité régional a été formé en février 2011, après la confirmation de l'adhésion des directeurs généraux à l'implantation de l'approche.

Des conférences téléphoniques provinciales et régionales ont été tenues aux six semaines afin de transmettre l'information et les attentes ministérielles et régionales. Les efforts ont porté entre autres sur les préalables à l'implantation de l'approche adaptée; ces préalables devaient être en place au 31 mars 2011. À ce jour, deux des quatre préalables sont en grande partie réalisés, soit l'utilisation de l'outil de repérage et la présence d'un intervenant pivot ou de liaison à l'urgence. Il reste à préciser les procédures et à les formaliser. En ce qui concerne les deux autres préalables, l'implantation est prévue au début de la prochaine année.

La plupart des CSSS ont organisé des séances d'information sur cette approche à leur comité de direction et certains l'ont fait aussi à leur conseil d'administration.

* Résultats en date du 31 mai 2011

■ Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Entente de gestion

Objectif de résultats

Respecter les standards d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats* 2010-2011
Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – TOUTES DÉFICIENCES – TOUS ÂGES – PRIORITÉ URGENTE	S.O.	90 %	50 %
Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – TOUTES DÉFICIENCES – TOUS ÂGES – PRIORITÉ ÉLEVÉE	S.O.	90 %	92,3 %

Commentaires

La situation s'est améliorée pour toutes les clientèles, quels que soient le niveau de priorité et la catégorie d'établissements. La cible n'est pas atteinte pour la priorité urgente. Toutefois certains résultats inscrits ne reflètent pas la réalité, car des problèmes de codification persistent. Ainsi, en CSSS, le résultat atteint 100% au lieu de 25 % pour le niveau de priorité urgente quant à la déficience intellectuelle et au trouble envahissant du développement.

La cible est atteinte pour les priorités élevées. C'est le résultat des centres de réadaptation (CR) qui augmente la moyenne.

* Résultats en date du 31 mai 2011

■ Dépendance

Entente de gestion

Objectif de résultats

Augmenter le nombre de personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours

Indicateur	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
Pourcentage des personnes évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours	S.O.	Identifier un point de départ	56 %

Commentaires

La cible 2014-2015 est de 80 % de la clientèle évaluée dans un délai de 15 jours. Le point de départ de la région se situe à 56 %.

* Résultats en date du 11 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

■ Services d'urgence – Santé mentale

Entente de gestion

Objectif de résultats

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 11 heures et moins
- ↳ 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

Indicateur	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13,2	12	13,0
Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	2,5 %	0,9 %	3,7 %

Commentaires

Pour les deux indicateurs, la cible n'est pas atteinte. Le résultat pour le séjour moyen est demeuré semblable à celui de 2009-2010 alors que le pourcentage de séjour sur civière de 48 heures ou plus a augmenté.

Soulignons que les résultats pour la santé mentale englobent ici les personnes de 75 ans ou plus ayant un trouble cognitif et les personnes présentant un problème de dépendance.

Cinq CSSS sur six sont évalués concernant les séjours à l'urgence. Trois CSSS atteignent les objectifs ciblés. Le séjour moyen dans les deux autres CSSS est de 17,9 heures pour la Vallée-de-l'Or et de 17,3 pour le Lac-Témiscamingue. On explique les résultats pour ces deux CSSS notamment par la présence de personnes ayant diverses problématiques liées à la santé mentale, aux comportements suicidaires et à la toxicomanie. Les services à l'urgence, aussi qualifiés de porte d'entrée en dehors des heures d'ouverture des services psychosociaux, sont souvent la seule alternative pour les personnes à potentiel suicidaire élevé et les personnes en crise suicidaire ou psychiatrique. L'intoxication d'un usager en crise lors de son séjour sur civière peut en retarder le congé.

* Résultats en date du 11 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

Services d'urgence

Entente de gestion

Objectif de résultats

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :

- ↳ Séjour moyen sur civière à l'urgence de 11 heures et moins
- ↳ 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

Indicateur	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
Séjour moyen sur civière	12,6	11	13,2
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	15,6	11	16,8
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,6 %	0 %	3,8 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	4,5 %	0 %	6,6 %

Commentaires

La région n'atteint pas les objectifs fixés par le MSSS pour aucun des indicateurs. Un suivi du relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier (RQSUCH) est effectué par la responsable du dossier des urgences à l'Agence tous les matins. Un suivi particulier des cas sur civière de plus de 24 et 48 heures est demandé pour le CSSS de la Vallée-de-l'Or. Les efforts déployés par cet établissement, pour améliorer la situation des patients sur civière, sont loin de donner les résultats escomptés par l'Agence. On note en effet, une forte augmentation des durées moyennes de séjour de même que du nombre de patients sur civière de 48 heures et plus, pour la dernière année. Le comité régional des urgences de l'Agence a ciblé avec l'établissement des actions prioritaires à poser afin d'améliorer la situation à court terme.

Le CSSS du Lac-Témiscamingue connaît également une augmentation de ses durées moyennes de séjour sur civière pour tous les indicateurs de suivi. L'Agence a demandé une évaluation de la situation et un plan d'action afin d'améliorer les durées moyennes de séjour. En mars, un comité de travail, composé de la directrice générale adjointe, du coordonnateur médical de l'urgence et de la chef du service de l'urgence a présenté un plan d'action visant la réduction de la durée moyenne de séjour des usagers sur civière à l'urgence.

Le plan d'action élaboré par le CSSS de Rouyn-Noranda en 2009-2010 semble porter ses fruits, car l'établissement connaît une baisse significative de tous les indicateurs de suivi.

Pour tous les établissements de la région, l'augmentation de la clientèle de 75 ans et plus à l'urgence a un impact significatif sur l'occupation des lits de courte durée par la clientèle en attente d'hébergement. Le manque de ressources intermédiaires est régulièrement souligné à l'Agence. Cette problématique est ressentie dans pratiquement tous les CSSS de la région.

L'implantation de l'approche adaptée est une mesure identifiée pour maintenir l'autonomie des personnes âgées hospitalisées et ainsi diminuer le nombre de références vers l'hébergement de longue durée.

* Résultats en date du 11 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

■ *Services de chirurgie*

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès aux activités chirurgicales

Indicateur	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
Pourcentage de patients traités dans un délai de moins de six mois pour une arthroplastie de la hanche	96,8 %	100 %	65,9 %
Pourcentage de patients traités dans un délai de moins de six mois pour une arthroplastie du genou	85,7 %	100 %	55,3 %
Pourcentage de patients traités dans un délai de moins de six mois pour une chirurgie de la cataracte	96,2 %	100 %	97,3 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour	92,4 %	100 %	93,2 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	93,1 %	100 %	94,5 %

Commentaires

En ce qui concerne l'accès aux chirurgies, le pourcentage des patients traités dans un délai de moins de six mois est supérieur à celui de l'année 2009-2010 pour les chirurgies de la cataracte, les chirurgies d'un jour et les chirurgies avec hospitalisation. Par contre, on observe une diminution de l'accès pour les chirurgies de la hanche et du genou. La mise sur pied d'une équipe interdisciplinaire (orthopédiste, médecin de famille, infirmière pivot, physiothérapeute, technicienne en réadaptation, orthésiste, etc.) afin d'offrir un accès rapide et efficace à des soins spécialisés en orthopédie pour la clientèle élective a un impact majeur sur le nombre de cas en attente de chirurgie pour les hanches et les genoux. L'amélioration des processus a nettement amélioré l'accès pour une consultation en orthopédie. Malgré une augmentation de la cadence opératoire, la production ne compense pas cette augmentation des cas mis en attente. Alors que le CSSS Les Eskers de l'Abitibi n'avait que cinq cas hors délais (de plus de six mois) à la fin de l'année 2009-2010, il se retrouve avec 68 cas hors délais au 31 mars 2011.

Les travaux amorcés en février 2010 en vue d'améliorer l'accès pour les services d'imagerie sont toujours en cours. Un comité régional a été mis sur pied afin de standardiser le mode de fonctionnement pour le suivi des patients en attente d'examen en imagerie médicale. Une diminution des délais d'attente pour les examens diagnostiques pourrait avoir un certain impact sur l'accès aux chirurgies dans la prochaine année.

* Résultats en date du 11 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

■ Personnel du réseau

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer la gestion de la présence au travail et la disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande

Indicateur	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,96 %	5,93 %	6,57 %
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,78 %	5,66 %	5,69 %
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau	S.O.	3,59 %	3,62 %
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante – Infirmières	3,22 %	3,04 %	2,30 %
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante – Infirmières auxiliaires	S.O.	0,24 %	0,99 %

Commentaires

La cible régionale pour le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées n'est pas atteinte; la situation s'est même détériorée globalement pour la région. Seulement trois établissements sur dix ont atteint leur cible. Parmi les sept autres, quatre ont vu leur situation se détériorer et leur résultat est inférieur à 90 % de la cible.

La cible est atteinte en ce qui concerne les heures supplémentaires pour l'ensemble du personnel du réseau et on observe une diminution chez les infirmières, sans toutefois atteindre la cible.

En ce qui a trait à l'utilisation de la main d'œuvre indépendante (MOI), la cible est atteinte pour les infirmières, notamment au CSSS de la Vallée-de-l'Or avec un résultat qui est passé de 4,38 % à 0,37 %. Toutefois, la cible n'est pas atteinte pour l'utilisation des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires.

Les établissements devront poursuivre leurs efforts, car la situation demeure fragile malgré certains gains.

* Résultats en date du 11 mai 2010

** Résultats à la période 12 en date du 16 mai 2011

■ Trajectoire des clientèles gériatriques

Entente de gestion

Objectif de résultats

Trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS

Indicateur	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats* 2010-2011
Nombre moyen de patients par CH en processus d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée	S.O.	Maximum 3	2,6
Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	S.O.	Maximum 3	0,3
Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	S.O.	Maximum 3	0,6
Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	S.O.	Maximum 3	0,5
Nombre moyen de patients par CH en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	S.O.	Maximum 3	3,6
Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	S.O.	Maximum 3	0,9
Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	S.O.	Maximum 3	0,6

Commentaires

La cible concernant le nombre moyen de patients par centre hospitalier en attente d'hébergement et de soins de longue durée occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale, n'est pas atteinte. Trois établissements n'ont pas atteint la cible : les CSSS de la Vallée-de-l'Or, Les Eskers de l'Abitibi et de Lac-Témiscamingue.

Quoique la cible du premier indicateur soit atteinte globalement, les CSSS Les Eskers de l'Abitibi et de Rouyn-Noranda ne l'atteignent pas.

Des suivis réguliers ont été faits auprès des établissements selon les difficultés rencontrées et des plans d'action ont été demandés aux CSSS de la Vallée-de-l'Or et de Lac-Témiscamingue dans le cadre du suivi des urgences.

* Résultats en date du 16 mai 2011



Section 6

*Code d'éthique des
Administrateurs publics de l'Agence*

5. Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le conseil d'administration de toute agence est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie.

Celui-ci rappelle les administrateurs à un devoir d'éthique et de loyauté et indique les modalités à suivre si l'on juge qu'il y a des irrégularités.

Les formulaires de *Déclaration des intérêts des administrateurs publics* et *Engagement personnel* ont été complétés et signés par tous les membres du conseil d'administration de l'Agence, sans exception.

À ce jour, il n'y a eu aucun manquement au code d'éthique.

Introduction

La présente section indique les principes d'éthique devant guider les administrateurs publics de l'Agence (ci-après nommé l'administrateur ou les administrateurs). Le terme « administrateurs publics » vise les membres du conseil d'administration, le président-directeur général et le directeur de santé publique.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 (ci-après, la loi) rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administrateurs publics. Ils sont formulés en regard des membres de conseil d'administration d'une agence (article 406).

« 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 pour laquelle l'agence est instituée. »

D'autre part, le *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics*, Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30 a. 3.0.1 et 3.0.2, 1977, c. 6a.1) précise, à l'article 4 :

« Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens. »

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. c. S-4.2), tel qu'amendée par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.R.Q. 2001, c. 24), le conseil d'administration de l'Agence est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- ↳ assurer la participation de la population;
- ↳ définir les politiques et orientations;
- ↳ allouer les ressources;
- ↳ assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions.

La nomination par le gouvernement des membres du conseil d'administration fait en sorte qu'ils sont assujettis aux dispositions du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics*

découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (ci-après, le Règlement), lequel Règlement a pour objet (article 1) :

«... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et des entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrateurs et les administrateurs publics. »

Le code d'éthique exprime la volonté de l'ensemble des administrateurs d'avoir des comportements au-dessus de tout soupçon et cohérents avec les obligations de dépositaires de fonds publics.

Déclaration de principe

Attendu que les administrateurs identifient les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir, en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population, des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité et de la confidentialité;

Les administrateurs de l'Agence s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auxquels ils seront appelés à participer :

- ↳ primauté des intérêts de la population à desservir;
- ↳ équité dans la distribution des ressources dans la région.

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence.

Dispositions générales

Le présent code d'éthique détermine les devoirs et les obligations de conduite des administrateurs dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

En cas de doute, l'administrateur agit selon l'esprit des principes et des règles du présent code et du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c. M-30, r. 01). Il doit, de plus, organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

Objectif du code d'éthique

Le présent code d'éthique a pour objectif de faire en sorte que toutes les personnes concernées connaissent les règles que l'organisation leur indique de suivre, pour qu'il y ait, non seulement apparence, mais aussi évidence d'honnêteté, de transparence et absence de bénéfice personnel dans leurs activités à l'Agence.

Personnes concernées par le code d'éthique

Ce code d'éthique s'applique exclusivement aux membres du conseil d'administration, au président-directeur général et au directeur de santé publique de l'Agence, puisqu'ils ont été nommés par le gouvernement.

Devoirs et obligations

- ↳ L'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances, une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.
- ↳ L'administrateur s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- ↳ L'administrateur s'engage à rendre ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.
- ↳ L'administrateur s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration ou à défaut, il motive son absence.
- ↳ L'administrateur s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.
- ↳ L'administrateur s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.
- ↳ L'administrateur s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis-clos.
- ↳ L'administrateur s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.
- ↳ L'administrateur s'engage à éviter toute partisanerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

Règles relatives aux conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités

- ↳ L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- ↳ L'administrateur prévient tout conflit d'intérêts, de rôles et de responsabilités et évite de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions.
- ↳ L'administrateur ne recherche pas, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.
- ↳ De plus, l'administrateur ne confond pas les biens de l'organisme avec les siens et ne les utilise pas à son profit ou au profit d'un tiers.
- ↳ Le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.
- ↳ Le fait d'être un membre du conseil d'administration de l'Agence ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil d'administration dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil d'administration.
- ↳ L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

Déclaration d'intérêt

Compte tenu des règles énoncées sur les conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités, l'administrateur s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la loi dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

Article 154

Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre, doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait, pour un membre du conseil d'administration, d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

- ↳ L'administrateur dépose annuellement devant le conseil d'administration une déclaration d'intérêt (annexe I) écrite, mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

En cours d'année, si sa situation évolue, l'administrateur a la responsabilité et l'obligation de procéder au dépôt d'une nouvelle déclaration d'intérêt.

Activités politiques

- ↳ Lorsqu'un administrateur est désigné comme porte-parole de l'Agence, il fait preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.
- ↳ Le président ou la présidente du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.
- ↳ La personne élue à la présidence du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions; les articles 22 à 26 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01) précisent alors les règles applicables à sa situation.

Règles relatives aux assemblées

- ↳ Le membre du conseil d'administration respecte les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la personne qui préside dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.
- ↳ Le membre du conseil d'administration respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.
- ↳ Le membre du conseil d'administration respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis-clos pour ce faire.
- ↳ Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- ↳ Le membre du conseil d'administration peut, s'il le désire, faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
- ↳ Le membre du conseil d'administration évite de ternir la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

Interdiction des pratiques reliées à la rémunération

L'administrateur ne sollicite pas, n'accepte pas et n'exige pas 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 autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

- ↳ Le membre du conseil d'administration ne doit 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 ses fonctions.
- ↳ Le président-directeur général et le directeur de santé publique ne peuvent recevoir, en outre de leur rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

Devoirs et obligations de l'après-mandat

- ↳ Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui ne sont pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- ↳ Le membre du conseil d'administration témoigne de respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

Mécanisme d'application et de respect du code

- ↳ Le président ou la présidente du conseil d'administration s'assure du respect des principes d'éthique par les administrateurs.
- ↳ Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer, à cet effet, l'engagement personnel (annexe II).
- ↳ Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration complète, signe et remet une déclaration qui apparaît à l'annexe I du présent code et elle amende cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.
- ↳ Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique, en saisit le président ou la présidente du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier ou de cette dernière, le vice-président ou la vice-présidente du conseil d'administration.
- ↳ Le président ou la présidente du conseil d'administration consulte le comité d'éthique afin de déterminer s'il y a eu manquement au code d'éthique ou, pour l'aider dans sa décision, d'en saisir ou non le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs.

- ↳ Le président ou la présidente du conseil d'administration qui est d'avis qu'il y a eu un manquement de la part d'un administrateur, pouvant entraîner une sanction disciplinaire, avise le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui est l'autorité compétente pour agir.
- ↳ Ce comité est consultatif au président ou à la présidente du conseil d'administration à qui la décision finale appartient. Le comité est composé de trois membres du conseil d'administration, excluant les officiers. Il décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.
- ↳ Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il rédige un rapport contenant un sommaire de l'enquête. Ce rapport est confidentiel.
- ↳ Le président ou la présidente du conseil d'administration transmet ce rapport au secrétaire général associé, responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Enquête et immunité

- ↳ Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.
- ↳ Les personnes qui effectuent les enquêtes sont tenues à la confidentialité.

Publicité du code d'éthique

- ↳ L'Agence rend accessible un exemplaire du code d'éthique des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.
- ↳ L'Agence publie dans son rapport annuel de gestion, le code d'éthique des administrateurs.
- ↳ Le rapport annuel de gestion de l'Agence fait état :
 - a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchués de leur charge.

Déclaration des intérêts des administrateurs publics

Code d'éthique



Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'Agence ou qui sont susceptibles d'en faire.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'Agence ou qui est susceptible de le devenir.

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi

Employeur

4. J'occupe une fonction ou suis membre des organismes suivants :

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

Prénom et nom

Signée à

Signature de l'administrateur

Jour / mois / année

Engagement personnel Code d'éthique

Agence de la santé
et des services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue

Québec 

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

* * *

Je, _____, administrateur à l'Agence
de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue,
ai pris connaissance du Code d'éthique des administrateurs

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

Signature

Date