Rapport annuel

DE GESTION 2010 - 2011

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

Québec

Ce document a été produit par

l'Agence de la santé

et des services sociaux de l'Estrie

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

Coordination

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

Rédaction

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

Révision des textes, graphisme et correction

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

Diffusion

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

Dépôt légal

ISBN 978-2-923743-64-6 (version imprimée)
ISBN 978-2-923743-65-3 (version PDF)
Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et archives du Canada, 2010

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

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

www.santeestrie.qc.ca

Table
DES MATIÈRES

1 MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE 7

2 DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES 9

3 RÔLE ET ÉTAT GÉNÉRAL DU FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE 10
- 3.1 Mission et valeurs de l'Agence 10
- 3.2 Territoire couvert et sa population 13
- 3.3 Réseau d'établissements de santé et de services sociaux 13
- 3.4 Organismes communautaires 15
- 3.5 Conseil d'administration 15
- 3.6 Forum de la population 15
- 3.7 Comité de vigilance et de la qualité 17
- 3.8 Commission infirmière régionale de l'Estrie 17
- 3.9 Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie 19
- 3.10 La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 20
- 3.11 Le Comité régional sur les services pharmaceutiques 22
- 3.12 Département régional de médecine générale 23

4 ENJEUX PRIORITAIRES 25
- 4.1 *ENJEU 1 : Consolidation de l'organisation des services de santé et des services sociaux, en partenariat avec les établissements et les organismes communautaires, adaptés aux besoins de la population pour assurer une meilleure accessibilité, continuité et qualité des services, avec une optimisation de l'utilisation des ressources* 25
  - 4.1.1 *Orientation 1 : Adapter l'organisation des services de santé et des services sociaux en fonction des besoins de la clientèle et du vieillissement de la population* 25
    - 4.1.1.1 Services adaptés aux besoins de la population 25
  - 4.1.2 *Orientation 2 : Consolider l'offre de service de première ligne et de services spécialisés pour une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services* 25
    - 4.1.2.1 Programmes-services 25
    - 4.1.2.2 Services médicaux de première ligne 31
    - 4.1.2.3 Services préhospitaliers d'urgence 32
  - 4.1.3 *Orientation 3 : Favoriser l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés* 33
    - 4.1.3.1 Services de consultation spécialisée à l'endroit de la première ligne 33
  - 4.1.4 *Orientation 4 : Développer un partenariat privilégié dans la mise en réseau des services* 34
    - 4.1.4.1 Projet clinique et organisationnel : partenariat et mise en réseau de services de santé et de services sociaux 34
    - 4.1.4.2 Mécanismes de concertation 34
  - 4.1.5 *Orientation 5 : Répondre aux défis par le développement d'une organisation performante et novatrice des services de santé* 35
    - 4.1.5.1 Performance 35
  - 4.1.6 *Orientation 6 : Assurer la qualité des soins des services de santé et des services sociaux offerts* 36
    - 4.1.6.1 Amélioration continue de la qualité 36
    - 4.1.6.2 Sécurité civile 37
    - 4.1.6.3 Prestation sécuritaire 38
    - 4.1.6.4 Certification des résidences pour personnes âgées 39
    - 4.1.6.5 Plan régional de traitement des plaintes 40
  - 4.1.7 *Orientation 7 : Assurer une gestion rigoureuse en optimisant l'utilisation des ressources disponibles* 40
    - 4.1.7.1 Ressources financières 40
    - 4.1.7.2 Ressources matérielles 41
    - 4.1.7.3 Ressources informationnelles et technologiques 42
- 4.2 *ENJEU 2 : Maximisation de notre capacité d'attraction, de rétention et d'adaptation à l'évolution de la pénurie actuelle et appréhendée en ressources humaines, dans l'ensemble du Réseau* 43
  - 4.2.1 *Orientation 8 : Augmenter le pouvoir d'attraction du secteur de la santé et des services sociaux* 43
    - 4.2.1.1 Recrutement de la main-d'œuvre 43
  - 4.2.2 *Orientation 9 : Améliorer les processus de recrutement des établissements* 44
    - 4.2.2.1 Recrutement de la main-d'œuvre 44
  - 4.2.3 *Orientation 10 : Accroître le taux de rétention de la main-d'œuvre dans l'ensemble du Réseau du Québec* 45
    - 4.2.3.1 Rétention de la main-d'œuvre 45

4.2.4 *Orientation 11 : Positionner le développement des compétences auprès des employeurs et du personnel du secteur, comme source privilégiée de motivation de la main-d'œuvre et d'amélioration de la performance des établissements* 46
4.2.4.1 Développement des compétences des ressources humaines 46
4.2.5 *Orientation 12 : Bonifier la programmation des activités de développement des compétences en fonction des besoins spécifiques des établissements* 46
4.2.5.1 Développement des compétences des ressources humaines 46
4.2.6 *Orientation 13 : Développer une image de marque et d'employeurs de choix dans notre région aux yeux des candidates et des candidats, ainsi que du personnel* 47
4.2.6.1 Connaissance et reconnaissance du réseau estrien et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux 47
4.2.7 *Orientation 14 : Mobiliser l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux autour du réseau estrien et des enjeux de la planification de la main-d'œuvre* 47
4.2.7.1 Connaissance et reconnaissance du réseau estrien et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux 47
4.3 ***ENJEU 3 : Développement et mise en œuvre d'actions efficaces en promotion de la santé et du bien-être, en prévention des maladies et en protection de la santé publique*** 48
4.3.1 Orientation 15 : Accentuer les mesures de promotion de la santé et du bien-être, et de prévention primaire des maladies dans tous les domaines de la santé publique 48
4.3.1.1 Habitudes de vie et maladies chroniques 48
4.3.1.2 Traumatismes non intentionnels 52
4.3.1.3 Maladies infectieuses 53
4.3.1.4 Santé environnementale 54
4.3.1.5 Santé au travail 54
4.3.1.6 Développement, adaptation et intégration sociale 56
4.3.2 Orientation 16 : Utiliser des méthodes et des stratégies efficaces pour agir dans les différents domaines de la santé publique 59
4.3.2.1 Action intersectorielle 59
4.3.2.2 Pratiques cliniques préventives 59
4.3.2.3 Soutien au développement des communautés 59
4.3.3 Orientation 17 : Assurer la protection de la santé publique par une vigie sanitaire et par l'application des lignes directrices lors de signalements, d'éclosions, ou de déclarations de maladies ou d'intoxications à déclaration obligatoire 61
4.3.3.1 Maladies infectieuses 61
4.3.3.2 Santé environnementale 62
4.3.3.3 Santé au travail 62

5 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 63
5.1 Le contrôle de la conformité 63
5.2 Les organismes communautaires et leurs secteurs d'activités 63

6 DONNÉES FINANCIÈRES 64
6.1 Rapport de la direction 64
6.2 États financiers de l'Agence 65
6.2.1 États des résultats du fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 66
6.2.2 États des soldes des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 68
6.2.3 Bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2011 69
6.2.4 États des résultats et du bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2011 70
6.2.5 État du solde de fonds combiné des fonds affectés au 31 mars 2011 72
6.2.6 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 73
6.2.7 Notes aux états financiers 74
6.3 Allocations des ressources financières aux établissements 80
6.3.1 Allocations 2010-2011 80
6.3.2 Autorisations d'emprunts 82
6.3.3 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire 82
6.4 Allocation des ressources aux organismes communautaires 84

ANNEXE 1 90
ANNEXE 2 91
ANNEXE 3 92
ANNEXE 4 95

Liste des sigles

ET DES ACRONYMES

AMP	Activités médicales particulières
BATH	Besoin d'aide technique lors de l'hygiène
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCSC-MS	Centre de coordination régional en sécurité civile – Mission santé
CHQ	Corporation d'hébergement du Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement en soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIRE	Commission infirmière régionale de l'Estrie
CJE	Centre jeunesse de l'Estrie
CLSC	Centre local de services communautaires
CMURE	Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie
COPIN	Comité de planification et d'intervention
CRDPE	Comité régional du développement du personnel d'encadrement
CRE	Centre de réadaptation Estrie
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS-IUGS	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DAMU	Direction des affaires médicales et universitaires
DI-TED	Déficience intellectuelle - trouble envahissant du développement
DOS	Direction de l'organisation des services
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Directrices et directeurs des services professionnels
DSPE	Direction de santé publique et de l'évaluation
GMF	Groupe de médecine de famille
GPMO	Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre
IAMEST	Infarctus aigu du myocarde avec une élévation du segment ST
ICCA	Institut canadien des comptables agréés
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmises sexuellement ou par le sang
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MGF	Manuel de gestion financière
MICC	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEDC	Observatoire estrien du développement des communautés
PAG	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PEMU	Plan d'effectifs médicaux universitaires
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PMO-PPE	Planification de la main-d'œuvre - Plan prévisionnel des effectifs
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PRIE	Projet régional d'intégration en Estrie
PRIMOSSS	Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé et services sociaux
PSI	Plan de services individualisés
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires

PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
RLS	Réseau local de services
RRAS	Régime de retraite de l'administration supérieure
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RSIPA	Réseau de services intégrés aux personnes âgées
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RSSSE	Réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SACAIS	Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux iniatives sociales
SIGG	Système d'information géronto-gériatrique
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIRH	Système d'information des ressources humaines
SISSS	Système d'information pour la sécurité des soins et des services
SPQC	Service de la performance, de la qualité et des communications
TCRE	Table de coordination régionale de l'Estrie
TMT	Table médicale territoriale
TOT	Projet de transformation de l'organisation du travail
TRQ	Table régionale Qualité
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
VHR	Véhicules hors routes

1 Message du président-directeur général

ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

Dr Michel Baron

Me Denis Paré

Il y a sept ans, lors de notre arrivée à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, nous nous étions donné comme objectif de construire en Estrie un véritable réseau de services de santé et de services sociaux. Cet objectif s'inscrivait dans la foulée de la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et faisait suite aux fusions des établissements en santé physique de 1996. Nous demandions à nos treize établissements de fonctionner comme un seul en abolissant les frontières administratives et cliniques entre eux afin d'améliorer l'accessibilité aux services, la continuité des soins et la performance. Où en sommes-nous? Avons-nous réussi et surtout est-ce que cet objectif a eu des effets positifs pour les clients, en particulier les personnes âgées et les autres clientèles avec beaucoup de besoins?

Notre réseau de santé et de services sociaux s'avère très complexe et continue néanmoins à se compliquer. C'est pourquoi il n'y a pas de réponse catégorique à ces questions.

Nous pouvons facilement démontrer que l'atteinte de l'objectif pour tous les établissements de fonctionner comme un seul, donc un véritable réseau, est à portée de main. Nous avons accompli d'énormes progrès. La concertation actuelle sur les pistes d'optimisation est un exemple récent de ce succès. L'harmonisation des planifications stratégiques, l'identification des priorités locales et régionales, le fonctionnement des comités directeurs pour chacun des programmes-services, l'atteinte de l'équité entre les MRC pour les allocations budgétaires sont d'autres choix éloquents. Les exemples de réussite sur le plan clinique aux programmes jeunesse, santé mentale, déficience intellectuelle et physique, ainsi que dépendances sont également nombreux. Dans tous ces domaines, le fonctionnement en réseau a eu des résultats positifs pour les clients, tant sur l'accessibilité que la continuité des soins et aussi sur la qualité et la performance en général.

Les résultats sont moins évidents en santé physique. Nos établissements ont plus de difficulté à fonctionner en réseau dans ce domaine. Les corporations, les différentes approches aux pratiques professionnelles, les modifications des habitudes de vie, le fractionnement des tâches et la surspécialisation font obstacle à un fonctionnement en véritable réseau et se répercutent sur l'accessibilité et la continuité des soins, tout en nuisant à la performance et même occasionnellement à la qualité. Plusieurs secteurs nécessitent de l'amélioration, en particulier :

L'accès aux services de première ligne ou à un médecin de famille

Au Québec, l'accès dans un délai de 24 heures ou moins pour un cas urgent ne se réalise que dans 39 % des cas et que dans 11 % dans une semaine ou moins pour un cas non urgent. En Estrie, nous ne sommes pas meilleurs à ce chapitre que la moyenne du Québec.

L'accès aux services spécialisés

L'accès aux services spécialisés avec une référence d'un médecin de famille est aussi difficile. En Estrie, les délais varient de quatre semaines à deux ans pour les cas électifs. Par contre, les cas urgents et semi-urgents ont un accès rapide et adéquat. Mais attendre que votre cas devienne urgent pour avoir accès n'est sûrement pas une bonne façon d'assurer des soins de qualité et sécuritaires.

L'accès à la chirurgie

Pour la chirurgie, nous respectons à 90 % les indicateurs du Ministère pour les chirurgies ciblées comme celles de la hanche, du genou et de la cataracte.

L'accès aux services d'imagerie

Pour les services d'imagerie diagnostique, les délais sont très longs. Nous avions 1 500 personnes sur la liste d'attente pour une échographie au 31 mars 2011 et 2 840 en attente pour une résonance magnétique.

Il semble donc évident que le réseautage en santé physique, malgré des progrès, a encore beaucoup de chemin à parcourir. Nous croyons fermement que ce n'est pas fondamentalement un problème de ressources, ni un manque de personnel. Il existe une pénurie de main-d'œuvre, mais même si elle contribue aux problèmes, elle ne les explique que partiellement; et surtout, elle n'est pas une excuse!

Il faut maintenant, et c'est urgent, s'attaquer aux pratiques cliniques, agir sur les frontières interprofessionnelles, optimiser la productivité de tous, augmenter la multidisciplinarité, revoir nos processus de fonctionnement, décloisonner les tâches et continuer de miser sur la qualité de la main-d'œuvre. C'est le seul chemin possible pour protéger et améliorer notre système de santé et de services sociaux. Nous sommes optimistes d'y arriver. Les directions des établissements sont toutes engagées dans l'amélioration des processus (Approche Lean) et adhèrent à l'implantation d'un dossier électronique unique pour la région afin de permettre une meilleure circulation de l'information. Toutes ont des projets pour améliorer la productivité. Des guichets d'accès pour les personnes âgées sont maintenant en place. Une clinique-réseau est en chantier afin d'améliorer l'accès clinique à la première ligne pour les patients non-inscrits en Groupes de médecine de famille et incapables d'obtenir un rendez-vous. Le CHUS s'attaque actuellement aux problématiques de l'accès à l'imagerie diagnostique et aux services spécialisés. Les CSSS préparent un rehaussement de l'offre des soins à domicile et en alternative à l'hébergement en longue durée grâce à un investissement important du Gouvernement du Québec dans ces secteurs (14 millions de dollars récurrents en Estrie). Mais le signe le plus encourageant demeure la motivation du personnel dans tous les établissements.

Nous tenons à les remercier de leur engagement et de leur dévouement. Merci aussi à tous les membres des conseils d'administration, des organismes communautaires et de l'Agence pour l'excellence de leur travail.

Vous trouverez dans ce document les détails de tout le travail accompli au cours de la dernière année. Les objectifs établis dans le plan de travail 2010-2011 découlant de la planification stratégique ont été presque tous atteints. Les domaines pour lesquels des efforts supplémentaires sont nécessaires font déjà l'objet de démarches ciblées. En fonctionnant de plus en plus comme un véritable réseau, nous sommes convaincus de pouvoir continuer à maintenir et à améliorer notre système de santé et de services sociaux.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

Me Denis Paré
Président du conseil d'administration

Le comité de direction de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
et les directrices générales et directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie

2 Déclaration sur la fiabilité

DES DONNÉES

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion 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.

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 Rapport annuel de gestion 2010-2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

3 Rôle et état général

DU FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE

3.1 Mission
ET VALEURS DE L'AGENCE

Mission

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

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

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

- assurer la participation de la population à la gestion du réseau;
- assurer le respect des droits des usagères et des usagers;
- s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagères et aux usagers;
- faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
- allouer les budgets destinés aux établissements, accorder les subventions aux organismes communautaires et attribuer les allocations financières aux ressources privées;
- coordonner les activités médicales particulières, les activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agentes et agents de développement de leur milieu;
- coordonner les services avec ceux offerts dans les autres régions;
- mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes :
  - informer sur l'état de santé de la population, les problèmes de santé prioritaires, les groupes vulnérables, les facteurs de risques, les interventions efficaces;
  - identifier des situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population;
  - mettre en place des mesures de protection de la santé publique;
  - développer une expertise en promotion et en prévention;
  - identifier des situations où une activité intersectorielle s'impose;
- assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- exercer les responsabilités prévues à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes en fonction des cibles nationales et régionales, et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- soutenir les établissements dans l'organisation des services;
- intervenir auprès des établissements pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'ententes, préciser la contribution attendue de chacun des établissements;
- permettre aux établissements l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
- s'assurer des mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements;
- développer des outils d'information et de gestion pour les établissements et les adapter à leurs particularités;
- développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services, et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;
- développer des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits des usagères et des usagers;
- exécuter tout autre mandat que le ministre lui confie;
- assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels (article 371);
- élaborer, en tenant compte des orientations déterminées par le ministre et des politiques qu'il établit, et en collaboration avec les établissements et les organismes concernés, des plans régionaux en matière de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines, et veiller à leur application (article 376);
- veiller au respect des orientations et des priorités en matière de santé et de bien-être, en regard du respect des priorités définies (article 346);

- délivrer la certification à l'exploitante ou à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées si, après vérification, cet exploitant ou cette exploitante remplit les conditions prévues (article 346.0.7);
- faire une inspection dans une résidence pour personnes âgées dont l'exploitante ou l'exploitant est titulaire d'un certificat de conformité, afin de vérifier dans quelle mesure cette exploitante ou cet exploitant remplit les conditions prévues (article 346.0.8);
- élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, pour les personnes d'expression anglaise, dans les centres exploités par les établissements (article 348);
- favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui est respectueuse des caractéristiques des communautés culturelles, en concertation avec les organismes représentatifs de ces communautés culturelles et les établissements (article 349).

Valeurs

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

Le respect, le partenariat, l'équité, la reconnaissance et la performance

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

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

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

Le respect

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

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

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

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

L'équité

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

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

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

L'équité implique une attention particulière aux populations moins favorisées. L'Agence de la santé et des services sociaux tient compte

des caractéristiques spécifiques des individus ou des groupes. Le principe d'équité doit s'appliquer dans la gestion, l'organisation et la dispensation des services auprès de la population du territoire.

Le partenariat

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

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

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

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

La reconnaissance

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

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

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

La performance

La performance vise l'utilisation optimale des ressources. En retenant la performance au nombre de ses valeurs, l'Agence de la santé et des services sociaux compte faire tous les efforts nécessaires pour assumer ses responsabilités, ses fonctions et les mandats qui lui sont confiés, avec les ressources dont elle dispose et qu'elle gère avec efficacité et efficience.

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

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

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

Ces valeurs partagées permettent de travailler ensemble en vue de prendre les meilleures décisions et de rendre les meilleurs services à la population.

3.2 Territoire couvert ET SA POPULATION

En Estrie, le réseau de la santé et des services sociaux couvre un territoire de 10 187,56 km² divisé en six MRC et un territoire équivalent, soit celui de la Ville de Sherbrooke. Le réseau dessert une population de 308 335 personnes.

MRC ou Territoire	POPULATION 2010			Superficie (km²)
	MASCULIN	FÉMININ	TOTAL	
MRC du Granit	11 589	10 919	22 508	2 731
MRC des Sources	7 259	7 224	14 483	777
MRC du Haut-Saint-François	11 464	10 760	22 224	2 276
MRC du Val-Saint-François	15 322	14 610	29 932	1 380
Ville de Sherbrooke	74 304	78 387	152 691	366
MRC de Coaticook	9 656	9 267	18 923	1 331
MRC de Memphrémagog	23 549	24 025	47 574	1 323

Source : MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2006. De plus, ces données de population tiennent compte de différents événements démographiques survenus sur le territoire estrien, version décembre 2009. (Découpage en vigueur le 1er janvier 2010).

3.3 Réseau d'établissements DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

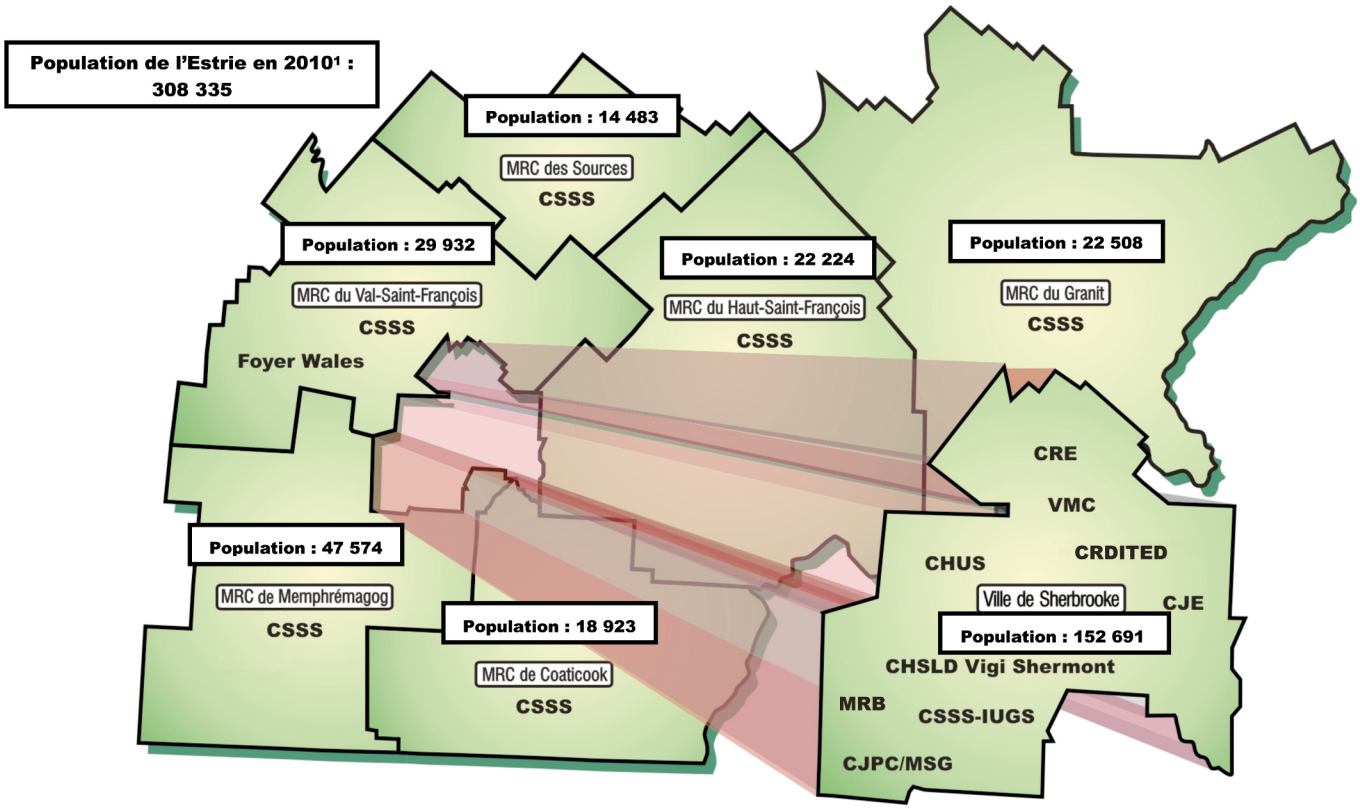
Au 31 mars 2011, la population estrienne était desservie par 17 établissements répartis de la façon suivante en fonction de leur mission :

Établissements	PUBLICS	PRIVÉS
Centres de santé et de services sociaux (CSSS)	7	
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)		3
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	1	
Centre de réadaptation :		
alcoolisme et toxicomanie	1	
déficience intellectuelle	2	
déficience physique	1	
mères en difficulté d'adaptation		1
Centre hospitalier universitaire	1	

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

Le réseau de la santé et des services sociaux

DE L'ESTRIE



[1] **Source :** MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2006. De plus, ces données de population tiennent compte de différents événements démographiques survenus sur le territoire estrien, version décembre 2009 (découpage en vigueur le 1er janvier 2010).

3.4 Organismes COMMUNAUTAIRES

L'Agence a accordé un soutien financier de 16 911 432$ pour l'année financière 2010-2011 à 123 organismes communautaires œuvrant dans la région de l'Estrie. La portion de ce financement accordée en soutien à la mission globale totalise 14 362 045$ et a été attribuée à 110 organismes communautaires.

Parmi les 123 organismes subventionnés, 48 d'entre eux ont reçu du financement en entente pour des activités spécifiques, dont 12 sont rattachés à un autre ministère que celui de la Santé et des Services sociaux. (SACAIS et MFA).

3.5 Conseil D'ADMINISTRATION

Au 31 mars 2011, le conseil d'administration était composé des personnes suivantes :

M. Gérald Badger	Organismes socioéconomiques
Mme Lynda B.-Provencher	Membre cooptée
Mme Nathalie Gaulin	Membre cooptée
Mme Thérèse Routhier-Perron	Membre cooptée
Dr Robert Cloutier	Département régional de médecine générale (DRMG)
Dr Patrice Perron	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
Mme Lise Drouin-Paquette, vice-présidente	Organismes socioéconomiques
M. Jean Lacharité	Milieu syndical
Mme Claude Gadbois	Commission infirmière régionale de l'Estrie
Dr Dominique Dorion	Université de Sherbrooke
Mme Louise Lévesque	Organismes communautaires
M. Claude St-Cyr	Secteur public de l'enseignement
Me Denis Paré, président	Établissements autres que les CSSS et les CHSLD
M. Alex G. Potter	CSSS ou CHSLD
Mme Norah Humérez-Comtois	Comités des usagers des établissements
M. Martin Robert	Commission multidisciplinaire régionale
Dr Michel Baron, secrétaire	Président-directeur général de l'Agence

3.6 Forum DE LA POPULATION

Le Forum de la population est un comité consultatif au conseil d'administration de l'Agence ayant pour mandats :

- d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;
- de formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction des usagères et des usagers et pour mieux répondre à leurs besoins.

Au terme d'un premier mandat de trois ans, l'entente administrative entre la Conférence régionale des élus de l'Estrie et l'Agence, portant sur la mise en place du Forum, a été bonifiée afin que le processus de renouvellement des membres favorise la continuité des activités du Forum et reconnaisse l'expérience acquise. En avril 2010, le conseil d'administration de l'Agence procédait à la nomination des membres du Forum selon la répartition suivante :

- cinq membres sortants du Forum;
- un représentant des communautés culturelles;
- cinq représentants des comités des usagers;
- trois représentants de la population ou de groupes socioéconomiques;
- un membre du conseil d'administration de l'Agence, représentant les organismes socioéconomiques.

Au 31 mars 2011, le Forum était composé des personnes suivantes :

M. Claude Quintin, président	MRC de Memphrémagog
Mme Hélène Dauphinais, vice-présidente	Ville de Sherbrooke
M. Gérald Badger	MRC du Val-Saint-François
Mme Suzanne Bernard	Ville de Sherbrooke
M. Alexandre Blanchette	Ville de Sherbrooke
M. André Charest	MRC du Haut-Saint-François
Mme Pierrette Fernet	Ville de Sherbrooke
M. Samuel Morin	MRC du Val-Saint-François
Mme Micheline Roy	MRC de Memphrémagog
M. Jn-Guy Saint-Gelais	Ville de Sherbrooke
M. Mario St-Pierre	MRC de Coaticook
M. Claude Sirois	Ville de Sherbrooke
M. Dan Paul Soroceanu	MRC de Memphrémagog
M. Réal A. Vachon	MRC du Granit
Un poste vacant	

Réalisations

Au cours de la dernière année, les membres du Forum se sont réunis à cinq reprises. Le taux de participation des membres à ces rencontres a été de plus de 75 %. De plus, monsieur Claude Quintin et madame Hélène Dauphinais ont occupé respectivement la présidence et la vice-présidence du Forum.

Durant cette période, les membres du Forum ont poursuivi leur contribution significative aux dossiers de la planification stratégique pluriannuelle, de la promotion des droits des usagères et des usagers, des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux et de la reconnaissance des organismes communautaires.

À titre de président du Forum, monsieur Quintin participe aux rencontres du Comité régional estrien sur les saines habitudes de vie, pour la mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids*.

Cette année encore, à chacune des rencontres du Forum, un point traite des préoccupations particulières des membres, leur permettant ainsi de recevoir des clarifications en lien avec leurs questionnements. Le Forum partage ces renseignements par le biais de capsules d'information déposées sur la page Web qui lui est dédiée. Le Forum agit ainsi à titre de relais entre l'Agence et la population et contribue à la réalisation d'un des mandats de l'Agence, soit celui d'informer les Estriennes et les Estriens sur les services de santé et les services sociaux qui leur sont offerts.

3.7 Comité de vigilance ET DE LA QUALITÉ

Le Comité de vigilance et de la qualité des services veille à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services relativement aux personnes, organismes ou fonctions qui peuvent faire l'objet d'une plainte en vertu de l'article 60 de la présente loi ou de l'article 16 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.

Le Comité de vigilance et de la qualité a tenu quatre rencontres en 2010-2011. Les sujets abordés ont été :

- le suivi des plaintes traitées et des mesures correctives recommandées par le commissaire régional;
- l'adoption, pour recommandation au conseil d'administration de l'Agence, du rapport consolidé des plaintes pour l'année 2009-2010;
- le suivi du processus de certification des ressources en toxicomanie et en jeu pathologique;
- le suivi des actions réalisées au *Plan d'action intégré pour la promotion des droits des usagères et des usagers;*
- le suivi des projets de collaboration avec l'Université de Sherbrooke;
- l'accueil du nouveau commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- le suivi des recommandations à caractère systémique.

Les membres du comité sont :

M^me^ Lise Drouin-Paquette, présidente	Membre du conseil d'administration de l'Agence
M^me^ Louise Lévesque, vice-présidente	Membre du conseil d'administration de l'Agence
M^me^ Norah Humérez-Comtois	Membre du conseil d'administration de l'Agence
M. Denis Beaulieu	Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
D^r^ Michel Baron	Président-directeur général

3.8 Commission infirmière RÉGIONALE DE L'ESTRIE

Au 31 mars 2011, la Commission infirmière régionale de l'Estrie était composée des personnes suivantes :

Membres votants

M^me^ Josée Bernier, secrétaire	Infirmière désignée par le président-directeur général de l'Agence
M^me^ Céline Bureau	Gestionnaire des soins infirmiers Directrice des soins infirmiers CSSS-IUGS
M^me^ Lyne Cardinal, vice-présidente	Gestionnaire des soins infirmiers Directrice des soins infirmiers CSSS du Val-Saint-François
M^me^ Lucie Desrosiers	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers CSSS du Haut-Saint-François
M^me^ Louise Éthier	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers CSSS de la MRC-de-Coaticook

M^me^ Claude Gadbois	Représentante des cégeps Programme de soins infirmiers Cégep de Sherbrooke
M^me^ Manon Goudreau	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers CSSS des Sources
M^me^ Julie Grenier	Membre du comité d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M^me^ France Landry	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers CSSS-IUGS
M. Stéphan Lavoie, président	Représentant de l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke
M^me^ Isabelle Roy	Membre du comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires CSSS-IUGS
Vacant	Infirmier praticien

Membres observateurs

M^me^ Diane Lavers	Infirmière auxiliaire, enseignante au programme Santé, assistance et soins infirmiers au Centre de formation professionnelle 24-Juin
M^me^ Lynda Périgny	Directrice de l'organisation des services Agence
M^me^ Chantale Tardif	Chef d'unités CSSS-IUGS
Vacant	

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

En 2010-2011, soit lors de sa dixième année de fonctionnement, la Commission infirmière a tenu quatre assemblées au cours desquelles elle a été informée :

- du dossier clinique informatisé;
- du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS);
- de l'impact des comités directeurs;
- du rapport du commissaire aux plaintes pour 2009-2010;
- des mécanismes de prise en charge de la clientèle vulnérable;
- du déploiement des IPS pour les années à venir;
- de l'avancement du Projet de préceptorat en Estrie.

La Commission a aussi :

- formulé un avis sur le *Plan pluriannuel 2010-2015;*
- formulé un avis sur les plans régionaux de formation JED, DP, DI-TED;
- appuyé un projet de recherche sur les pratiques cliniques préventives;
- procédé à l'appel de candidatures pour les vacances à combler à la Commission;
- désigné un président et une vice-présidente de la Commission.

3.9 Commission multidisciplinaire
RÉGIONALE DE L'ESTRIE

Au 31 mars 2011, la Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie était composée des personnes suivantes :

Membres votants

M^me^ Sandrine Charron	Professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé CSSS du Haut-Saint-François
M^me^ Nicole Chiasson	Représentante des facultés et écoles d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé Université de Sherbrooke
M^me^ Yvonnick Chouinard	Représentante des domaines techniques CSSS de Memphrémagog
M^me^ Sylvie Doiron	Gestionnaire du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Centre de réadaptation Estrie
M^me^ Danièle Labrèche	Professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Centre de réadaptation Estrie
M. Guy Lemire, président	Représentant des cégeps de la région Cégep de Sherbrooke
M^me^ Lynda Périgny, secrétaire	Personne désignée par le président-directeur général de l'Agence
M. Martin Robert	Gestionnaire du domaine social CSSS de Memphrémagog
M^me^ Danielle Vallières	Professionnelle du domaine de la réadaptation (à défaut de représentant du domaine social) CSSS du Granit
Vacant	Représentant des facultés et écoles d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux
Vacant	Professionnel du domaine social
Vacant	Représentant des domaines techniques
Vacant	Représentant des domaines techniques

Membres observateurs

M. François Bergeron	Nutritionniste CSSS du Haut-Saint-François
M^me^ Josée Bernier	Adjointe à la Direction de l'organisation des services Agence
M. Pierre-Philippe Lefebvre	Directeur du Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie
M^me^ Esther Montambault	Département de service social Faculté des lettres et sciences humaines Université de Sherbrooke

À noter que la Commission a fonctionné sans vice-président pour une partie de l'année. Le remplacement a été reporté à une rencontre ultérieure.

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

En 2010-2011, soit lors de sa dixième année de fonctionnement, la Commission multidisciplinaire a tenu trois assemblées, au cours desquelles elle a été informée :

- de l'adéquation de la formation en lien avec les besoins des milieux de travail;
- du dossier clinique informatisé;
- des mécanismes de prise en charge de la clientèle vulnérable;
- du rapport du commissaire aux plaintes.

La Commission a aussi :

- formulé un avis sur le *Plan pluriannuel 2010-2015;*
- formulé un avis sur les plans régionaux de formation JED, DP, DI-TED;
- procédé à l'appel de candidatures pour les vacances à combler à la Commission.

3.10 La Table régionale des chefs DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Au 31 mars 2011, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée était composée des personnes suivantes :

Membres votants

Dr Michel Baron	Président-directeur général Agence
Dr Hervé Walti	Président, Département de pédiatrie CHUS
Dr Pierre Beauséjour	Vice-président, Département de psychiatrie CHUS
Dr Gaétan Langlois	Secrétaire, Département de chirurgie CHUS
Dr Patrice Perron	Département de médecine CHUS
Dr Étienne De Medicis	Département d'anesthésiologie CHUS
Dr Guy Waddell	Département de gynécologie-obstétrique CHUS
Dr The-Bao Bui	Département d'imagerie médicale CHUS
Dr Adrian Pusca	Département de médecine interne CSSS du Granit
Dre Paule Hottin	Département de psychiatrie CSSS–IUGS
Dr John Robb	Département de médecine CSSS de Memphrémagog

Membres observateurs

Dr Michel Baron	Directeur par intérim des affaires médicales et universitaires Agence
Mme Marie-France Fournier	Adjointe au directeur des affaires médicales et universitaires Agence
Mme Suzanne Brochu	Agente de planification, de programmation et de recherche Direction des affaires médicales et universitaires, Agence
Dr Patrice Laplante	Membre observateur Représentant du DRMG
Dr Dominique Dorion	Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke
Dre Émilie Belley-Cote	Membre observateur Médecin résident
Dr Pierre Chevrier	Département de médecine de laboratoire CHUS
Dr Stéphane Tremblay	Membre observateur, directeur des services professionnels CHUS

La Table, sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, fait, entre autres, des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux, sur l'organisation des services médicaux spécialisés et sur un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés. Elle donne son avis sur certains projets, tels ceux relatifs à l'utilisation de médicaments et sur l'instauration des corridors de services proposée par le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Au cours de l'année 2010-2011, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a siégé à quatre reprises et a réalisé les travaux suivants :

- élections de nouveaux membres;
- analyse des postes vacants du plan régional des effectifs médicaux, et ce, à l'intérieur de travaux ministériels dans le cadre du plan quinquennal 2011-2015, travaux supportés par la Table technique PREM-RUIS. La collaboration des chefs de département de médecine spécialisée a été à l'effet de fournir à la direction de leur organisation un argumentaire afin d'alimenter une décision en regard de la cessation, du maintien ou de la transformation des postes vacants au sein de celle-ci. En finalité, les résultantes au PREM 2011 se traduisent comme suit : 7 des 9 demandes ont été accordées pour le CHUS;
- un rehaussement du PREM dans certaines spécialités pour lesquelles des médecins sont déjà en place et enfin, aucun rehaussement accordé pour des postes en psychiatrie et pneumologie pédiatrique;
- suivi des délais d'accès aux services spécialisés. Les délais concernant les consultations électives en cardiologie, endocrinologie, médecine interne, neurologie, gastroentérologie, orthopédie et neurochirurgie se sont améliorés. En effet, les délais d'accès, bien que toujours au-delà des délais acceptables, ont diminué de façon significative en cours d'année. Concernant la prochaine année, des travaux seront effectués pour les spécialités suivantes : la gastroentérologie, l'orthopédie, l'urologie ainsi que la rhumatologie. Conséquemment, les autres spécialités feront toujours l'objet d'un suivi par le mécanisme des ententes de gestion en regard aux indicateurs régionaux;
- participation à des travaux en imagerie médicale et en procréation médicalement assistée. En regard de l'imagerie médicale, il est visé, entre autres, d'optimiser l'utilisation des appareils et des services de l'ensemble des établissements du réseau de l'Estrie. Soulignons que le nombre et les délais d'examens en attente en tomodensitométrie, en résonnance magnétique et, notamment, en échographie, sont priorisés. D'ailleurs, le dépôt d'un plan d'action ministériel énonce les orientations et nouvelles directives attendues et à mettre en place aux fins d'amélioration pour l'accessibilité aux services en imagerie médicale. En procréation, à la suite de changements législatifs importants, telles la venue du projet de loi nº 26, une nouvelle gamme complète de services (niveau tertiaire) doit être développée et sera offerte par le CHUS. À cet effet, ce dernier a déposé auprès du MSSS un plan de développement clinique concernant la procréation médicalement assistée et la fertilisation *in vitro*.

3.11 Le Comité régional
SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques exerce ses fonctions, avec le soutien de la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU), sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence.

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques est composé des personnes suivantes :

M. Jean-Luc Trottier	Président du comité Représentant des pharmaciennes et des pharmaciens propriétaires
M^me^ Armelle Apter	Représentante des chefs de département des pharmacies d'établissement
M^me^ Marie-Christine Anctil	Représentante des pharmaciennes et des pharmaciens communautaires
M^me^ Julie Bissonnette	Représentante des pharmaciennes et des pharmaciens en établissement
D^r^ Michel Baron	Directeur par intérim des affaires médicales et universitaires Agence
M^me^ Marie-France Fournier	Adjointe au directeur des affaires médicales et universitaires Agence

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques, le comité émet, entre autres, des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques et la planification de la main-d'œuvre. Il donne des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments ainsi que sur des approches novatrices en soins et services pharmaceutiques.

Au cours de l'année financière 2010-2011, le Comité s'est réuni à quatre reprises et a réalisé les travaux suivants :

- création du premier colloque sur la collaboration interprofessionnelle : pharmaciens, infirmières et médecins de la région, et ce, en collaboration avec le DRMG et le Comité. Une belle participation de la part de ces professionnels. Plusieurs éléments positifs sont ressortis de ce colloque;
- renouvellement de mandat pour une durée de quatre ans, et ce, pour deux membres au sein du Comité et nomination de deux nouveaux membres faisant suite à un processus d'élection;
- mise à jour et déploiement du *Cadre de référence sur la rédaction, l'adoption et la diffusion des ordonnances collectives* au sein des établissements et mise en place des orientations auprès de ces derniers;
- élaboration de la procédure en regard au dépôt des ordonnances collectives sur le site Web de l'Agence et assurer la complétion par les établissements;
- finalisation de l'élaboration du formulaire d'autorisation pour le transfert du bilan pharmaceutique entre milieux de pratique et assurer sa diffusion;
- analyse des travaux à effectuer et à mettre en place concernant le projet d'anticoagulothérapie orale;
- élaboration et diffusion de nouvelles ordonnances collectives auprès des pharmaciens communautaires de l'Estrie : acide folique et bandelettes. travaux en continu pour d'autres ordonnances collectives à diffuser auprès des pharmaciens communautaires;
- identification des dossiers prioritaires pour l'année à venir : projet anticoagulothérapie et ordonnances collectives.

Afin de soutenir ces travaux, une banque d'heures est attribuée pour rémunérer les représentants des pharmaciens et pharmaciennes communautaires siégeant au Comité ou effectuant des travaux à titre de conseillers pour celui-ci. Soulignons la participation active du DRMG au sein du Comité pour différents travaux.

3.12 Département régional
DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Au 31 mars 2011, le Comité de direction du DRMG était composé des personnes suivantes :

Membres élus

Dr Robert Cloutier	Médecin omnipraticien Catégorie « MRC hors Sherbrooke »
Dr André Munger	Médecin omnipraticien Catégorie « CLSC »
Dre Raymonde Vaillancourt *chef du DRMG*	Médecin omnipraticien Catégorie « Cabinets médicaux »

Membre d'office

Dr Michel Baron	Président-directeur général Agence

Membres nommés

Dre Stéphanie Blais-Boilard	Médecin omnipraticien CSSS du Haut-Saint-François
Dr Yves Léger	Médecin omnipraticien CSSS des Sources
Dre Marie Giroux	Département de médecine de famille Faculté de médecine et sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Dre Michèle Brochu	Médecin omnipraticien CSSS du Granit
Dre Catherine Vanasse	Médecin omnipraticien CSSS-IUGS, volet longue durée
Dre Suzanne Lamontagne	Médecin omnipraticien CSSS du Val-Saint-François
Dr Patrice Laplante	Médecin omnipraticien CHUS, volet hospitalier
Dre Louise Soulière	Directrice de la santé publique et de l'évaluation Agence

Professionnels en soutien

M. Benoit De Champlain	Agent de planification, de programmation et de recherche Agence
Mme Marie-France Fournier	Adjointe à la Direction des affaires médicales et universitaires Agence

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

Au cours de l'année 2010-2011, le DRMG a tenu quatre assemblées ordinaires. Voici les différents dossiers qui ont été traités :

- le *Plan régional des effectifs médicaux* (PREM) :
  - la gestion des règles, leur application et leur mise à jour par territoire;
  - le recrutement des treize postes autorisés et la priorisation en fonction des pénuries d'effectifs;
  - la réorganisation des services de première ligne et les tables médicales territoriales (TMT);
- les activités médicales particulières (AMP) :
  - la gestion des règles, des dérogations et leur mise à jour;
- l'organisation médicale de première ligne dont :
  - les groupes de médecine de famille;
  - le soutien à l'élaboration et à la consolidation des groupes de médecine de famille;
  - la promotion des modèles de collaboration interdisciplinaire;
  - la consolidation des guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille et la nomination des coordonnateurs médicaux;
  - l'arrimage avec la deuxième ligne.

Soulignons les activités suivantes en 2010-2011 :

- l'élaboration et le suivi du *Plan régional des effectifs médicaux* et des plans locaux d'effectifs médicaux des établissements. L'élaboration également d'un portrait plus précis des effectifs dans les secteurs rendez-vous, sans rendez-vous et soins à domicile de chaque réseau local de services (RLS);
- la priorisation par le Comité PREM-AMP de postes dédiés aux nouveaux médecins arrivant en Estrie;
- le recrutement de sept médecins nouveaux facturants sur treize postes autorisés au *Plan régional d'effectifs médicaux en 2010*; un seul poste de mobilité interrégionale sur six est comblé. Aucun poste PEMU n'a été attribué en 2010 en Estrie pour répondre aux besoins d'enseignement;
- la gestion des activités médicales particulières et leur mise à jour dans chaque CSSS. Certaines activités médicales particulières pour la prise en charge de patients dits « orphelins » sans médecin de famille ont été accordées;
- des travaux sur l'accessibilité au plateau technique et aux spécialistes (corridors de service par le biais des mécanismes d'accès aux médecins spécialisés);
- la participation aux différents sous-comités en maladies chroniques (MPOC-Asthme, insuffisance cardiaque, réadaptation cardiaque) et travaux sur différentes trajectoires de clientèles spécifiques (santé mentale adulte et pédiatrique, femmes enceintes, oncologie);
- le dépannage intrarégional pour les urgences en difficulté. Celles de la MRC du Granit, de Memphrémagog, de Coaticook et des Sources ont nécessité une couverture de dépannage provincial et un support de coordination intrarégional;
- une demande d'attribution d'un forfait d'installation (lettre d'entente nº 170) dans les MRC du Haut-Saint-François, du Granit et des Sources ainsi qu'à Stanstead et Mansonville dans la MRC de Memphrémagog. Ces cinq forfaits seront disponibles;
- la validation des offres de service de trois GMF qui ont reconduit leur 1er ou 2e renouvellement et le soutien à l'implantation de deux autres GMF, soit du Haut-Saint-François et du Val-Saint-François;
- l'animation de la Table régionale des coordonnateurs médicaux et gestionnaires des guichets des services de première ligne;
- la collaboration aux travaux sur l'implantation éventuelle d'une clinique-réseau;
- la collaboration aux travaux d'informatisation des services médicaux de première ligne;
- la collaboration avec la DAMU et le Service de la performance, de la qualité et des communications (SPQC) de l'Agence en regard du recrutement des médecins omnipraticiens ainsi que la participation au bulletin Réseau Estrie;
- organisation d'un colloque sur la collaboration interdisciplinaire impliquant les pharmaciens.

4 Enjeux

PRIORITAIRES

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

4.1 Enjeu 1

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

4.1.1 Orientation 1: ADAPTER L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN FONCTION DES BESOINS DE LA CLIENTÈLE ET DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

4.1.1.1 Services adaptés aux besoins de la population

Des travaux régionaux se sont poursuivis afin d'assurer un meilleur ajustement des pratiques par rapport à l'augmentation de la population vieillissante, notamment par le déploiement des composantes du cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier pour les établissements ayant une urgence et un volet courte durée. Une répondante régionale a été nommée afin de faire les liens entre le MSSS et les établissements concernés par la mise en œuvre de l'approche adaptée en milieu hospitalier. Le CHUS et les CSSS ont des formateurs accrédités au profil Iso-SMAF et s'assurent de la mise à jour de leurs intervenants dans une perspective d'avoir des évaluations standardisées.

4.1.2 Orientation 2: CONSOLIDER L'OFFRE DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DE SERVICES SPÉCIALISÉS POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ ET UNE PLUS GRANDE CONTINUITÉ DES SERVICES

4.1.2.1 Programmes-services

Services généraux

Le Comité directeur du programme Services généraux poursuit ses objectifs d'identifier les activités prioritaires à consolider en ce qui a trait à l'accessibilité, particulièrement pour les services infirmiers, sociaux et médicaux de première ligne pour l'année 2010-2011.

Les travaux se poursuivront pour le volet des services infirmiers courants afin d'optimiser et de consolider le travail du personnel infirmier, tel que recommandé par le comité directeur. Les ordonnances collectives, la mise à jour du guide de gestion du temps d'intervention requis aux soins infirmiers courants, ainsi que le partage des tâches entre les différents professionnels seront encore les sujets à privilégier afin de tendre vers les meilleurs pratiques et d'améliorer l'offre de service sur chaque territoire.

Au cours de la dernière année, un portrait régional sur les services psychosociaux a été dressé. L'Agence est actuellement en attente des orientations provinciales de l'offre des services généraux psychosociaux. À la suite du dépôt du document officiel, il sera possible de consolider les services existants avec les orientations du Ministère.

De plus, une trajectoire de soins et services pour les interruptions volontaires de grossesse a été élaborée et adoptée par la TCRE à l'automne 2010. Les clientèles visées par ces services seront orientées vers la clinique de planification des naissances spécialisée en santé sexuelle et en

planification familiale. Une entente de collaboration entre les partenaires locaux et régionaux de l'Estrie a été convenue afin d'assurer un continuum de soins et de services.

En ce qui a trait au dossier des maladies chroniques, deux trajectoires ont été finalisées cette année, soit la trajectoire en insuffisance cardiaque et celle en réadaptation cardiaque. Un des objectifs est de poursuivre l'arrimage des services offerts entre les première et deuxième lignes afin de rejoindre la clientèle sur le territoire estrien.

Ligne Aide-Abus aînés

La ligne Aide-Abus aînés est une ligne téléphonique provinciale qui a été implantée le 1er octobre 2010. L'objectif est d'offrir, 7 jours par semaine, des services d'information, d'écoute, de soutien, d'intervention et de faire une référence vers le CSSS du territoire concerné ou vers un organisme spécialisé. Ce service est non seulement offert aux personnes aînées victimes d'abus mais aussi à toutes les personnes concernées par leur sort et aux intervenants en contact avec des personnes aînées susceptibles de dépister des situations d'abus. Une mise à niveau des intervenants des CSSS de la région est présentement en cours dans la région.

Dossier de la biologie médicale

Tout au cours de l'année, le CHUS, en collaboration avec les établissements, a poursuivi ses travaux concernant la qualité de la transmission des résultats de laboratoires interétablissements et l'organisation territoriale des services en biologie médicale. Depuis le 1er avril 2010, il n'y a plus de facturation interrégionale, et ce, afin de se conformer à la circulaire du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Trajectoire clinique de la femme enceinte

Sous l'égide du Comité directeur du programme Services généraux et à la suite des représentations du DRMG, l'Agence a traité le dossier de la trajectoire clinique de la femme enceinte.

Depuis septembre 2010, un groupe de travail composé de médecins omnipraticiens accoucheurs, d'un obstétricien, d'une représentante du DRMG, de gestionnaires et d'une sage-femme a été formé. Ce groupe de travail s'est donné comme mandat de proposer un modèle d'organisation de la trajectoire de services cliniques pour les femmes enceintes en tenant compte des services de première ligne (incluant les sages-femmes) et les services spécialisés. Le modèle tiendra compte des données probantes et il répondra aux besoins des femmes enceintes du territoire de l'Estrie. Également, l'équité et l'accessibilité seront considérées pour toutes les femmes enceintes.

En cours d'année, le groupe de travail a considéré les éléments suivants pour développer le modèle :

- un état de situation;
- l'offre de service attendue pour les femmes enceintes, de la conception à l'accouchement;
- une analyse des écarts entre les services rendus et à rendre;
- des propositions afin d'améliorer l'accessibilité aux services de première ligne et aux services spécialisés, notamment en incluant l'implantation du dépistage de la trisomie 21.

Le processus de consultation auprès des instances concernées est actuellement en cours et la suite des travaux se poursuivra à l'automne.

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Déploiement de l'application Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)

Le 1er avril 2010, l'Agence, ainsi que les établissements concernés, ont déployé la livraison 1 de l'application RSIPA en mode interétablissements. Rappelons que cette application vise à informatiser et à consolider les réseaux de services intégrés avec une technologie à la fine pointe des derniers développements. Soulignons que la région était informatisée depuis 2002 grâce au Système d'information géronto-gériatrique (SIGG). Le principal enjeu du déploiement de l'application RSIPA était de maintenir le même niveau de fonctionnalités cliniques déjà en place. Fort de cette expérience, on dénombre 1 263 utilisateurs ainsi que 7 857 dossiers créés dans RSIPA au 28 mars 2011.

Degré d'implantation des composantes RSIPA

Globalement, la région affiche un niveau de déploiement à 72,08 %. Six des neuf composantes ont un degré de déploiement de plus de 73 %. Les aspects à améliorer sont l'élaboration des PII et PSI et l'appréciation de la qualité de ces outils; les mécanismes de coordination, de même que les aspects de communication et des modalités de collaboration avec les médecins de famille.

Soutien à domicile et services dans la communauté

Relativement à l'orientation régionale d'assurer l'adaptation des services en lien avec la politique provinciale de soutien à domicile *Chez soi, le premier choix*, des travaux ont eu lieu afin d'harmoniser les services d'aide à domicile dont les travaux se poursuivront en 2011-2012. Les services de prêt d'équipement auprès des personnes en perte d'autonomie varient d'un territoire de CSSS à l'autre en ce qui concerne les critères d'attribution et le personnel qui l'alloue aux usagers. Des travaux ont été effectués avec des ergothérapeutes à cet effet et les orientations seront finalisées au cours de la prochaine année.

Gestion de cas pour les personnes en perte d'autonomie

Au cours de la dernière année, le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile et ayant accès à un gestionnaire de cas a augmenté de 8 %, passant de 2 456 à 2 660. Ainsi, en fonction de l'engagement des établissements, 103 % de la clientèle visée a été rejointe.

Offre de service aux proches

Au cours de la dernière année, l'Agence a poursuivi son engagement à verser un soutien financier à des organismes communautaires et des CSSS pour soutenir les activités et les services offerts aux

proches de personnes en perte d'autonomie. De plus, l'Agence a conclu une entente de service avec l'organisme provincial Baluchon Alzheimer pour permettre aux proches de bénéficier d'un répit de quatre à quatorze jours, et ce, pour un total de 93 journées de baluchonnage.

Mauvais traitements envers les personnes aînées

En plus de maintenir sa participation aux rencontres régionales et dans des comités de travail, l'Agence a reconduit son soutien financier auprès de la Table de concertation contre les mauvais traitements faits aux personnes aînées de l'Estrie, afin de favoriser la réalisation du plan d'action de cette table ainsi que les différentes activités de sensibilisation entourant la journée mondiale pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes aînées du 15 juin 2010. Dans le cadre de la mise en application du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les aînés 2010-2015*, l'Agence a procédé au recrutement ainsi qu'à l'embauche d'une personne responsable de la coordination régionale du projet.

Mécanisme d'accès à l'hébergement

Au cours de l'année 2010-2011, 808 usagères et usagers ont été admis en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi qu'en ressource intermédiaire ou en ressource de type familial, ce qui représente une augmentation de près de 11 % par rapport à 2009-2010. L'Estrie a vu son taux de conformité aux profils d'admissibilité en CHSLD (profils Iso-SMAF de 10 et plus) légèrement augmenté, passant de 80,6 % en 2009-2010 à 81,6 % cette année. La cible régionale est fixée à 85 % afin de s'assurer que ce milieu de vie soit disponible aux personnes en plus grande perte d'autonomie. L'Agence a documenté que 13,2 % des autres personnes admises ont un profil 9. De plus, sur la base des admissions des personnes entre avril 2006 et mars 2009, près d'une personne sur deux qui présentait un profil 9 est décédée dans les 6 mois après son admission en CHSLD.

Aussi, le délai moyen d'attente à l'admission en CHSLD s'est amélioré, passant de 32 jours en 2009-2010 à 23 jours en 2010-2011. Pour le délai moyen d'attente à l'admission en ressource intermédiaire, le résultat de 2010-2011 a augmenté, passant de 48 jours l'année précédente à 52 jours.

Milieu de vie en CHSLD

Au cours de la dernière année, l'Agence a poursuivi la formation de multiplicateurs qui ont la responsabilité de former le personnel préposé aux bénéficiaires dans les établissements de soins de longue durée. Ainsi, les CSSS de la région de l'Estrie ont poursuivi les formations locales du personnel de ce groupe. La section 4.2.5 du présent rapport fournit le détail du nombre de personnes formées.

Dans le cadre des travaux du Comité directeur du programme PALV, des travaux portant sur le repositionnement de l'offre de service des CHSLD, en tenant compte des clientèles émergentes et perturbatrices, ont été réalisés afin de voir à arrimer ces enjeux à ceux découlant de l'actualisation de la vision Milieu de vie.

Les travaux ont permis d'identifier, entre autres, la nature des changements organisationnels qui ont modifié l'organisation du travail en CHSLD ainsi que diverses pistes de solutions réalistes dont l'objectif est de réduire la pression exercée sur ces milieux, et ce, tant au niveau des CSSS, des établissements régionaux que pour l'offre des services médicaux.

Évaluation de la clientèle hébergée

L'opération annuelle d'évaluation de la clientèle hébergée en milieu de vie substitut (CHSLD, ressource intermédiaire, ressource de type familial) s'est tenue à l'hiver 2011. Le taux de roulement en CHSLD a connu une augmentation, passant de 41,5 % à 46,7 %. On note toutefois des taux de roulement variant de 38,6 % à 64,7 % selon les CSSS. La proportion des personnes avec profils Iso-SMAF de 10 et plus représente 80,8 % de toute la clientèle hébergée en CHSLD. Quatre des sept CSSS ont plus de 85 % des usagères et des usagers avec un profil Iso-SMAF de 10 et plus. La clientèle hébergée en CHSLD est âgée de 75 ans ou plus dans une proportion de 82,3 %, semblable à l'année précédente. On note une légère diminution en ce qui a trait aux personnes âgées de 85 ans ou plus, soit 51,7 % comparativement à 53,4 % l'année précédente.

Déficience physique

L'année 2010-2011 est la dernière prévue au processus d'implantation du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. Depuis 2008, les efforts se poursuivent afin d'améliorer les délais d'attente pour les demandes de niveaux de priorité urgent et élevé, et ce, tant en première qu'en deuxième ligne. Également, depuis le 7 novembre 2010 s'est ajoutée une nouvelle cohorte, soit le niveau de priorité modéré.

L'Agence soutient les établissements, alors que le Comité directeur du programme Déficience physique s'assure que les travaux sur l'application des standards prévus au plan d'accès soient conformes et se réalisent en continu.

D'ailleurs, des travaux sur la hiérarchisation des services ont mené à l'élaboration d'un document intitulé *Lignes directrices et entente de collaboration sur les critères de départage et de transfert entre la première et la deuxième ligne pour la clientèle en déficience physique*. Ce document de référence a été adopté et sera diffusé au sein du réseau estrien pour son application.

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Relativement aux orientations régionales, l'Agence a continué de soutenir les établissements dans le processus d'implantation du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*.

L'année 2010-2011 est la dernière prévue au processus d'implantation du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. Depuis 2008, les efforts se poursuivent afin d'améliorer les délais d'attente pour les demandes de niveaux de priorité urgent et élevé, et ce, tant en première qu'en deuxième ligne. Également, depuis le 7 novembre 2010 s'est ajoutée une nouvelle cohorte, soit le niveau de priorité modéré.

Le Comité directeur du programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement s'assure également que les travaux sur l'application des standards prévus au plan d'accès soient conformes et se réalisent en continu.

C'est d'ailleurs dans le cadre de travaux sur la hiérarchisation des services que la région a défini son offre de service pour la clientèle DI-TED hébergée dans une ressource d'hébergement gérée par le CRDITED Estrie.

Jeunes en difficulté

En 2010-2011, l'Agence a collaboré à la consolidation des services de première ligne offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille, particulièrement en lien avec les travaux d'implantation du programme intégré en négligence, Réseau Parent'AISE. D'ailleurs, en mars 2011, une rencontre régionale pour tous les acteurs impliqués permettait d'enrichir collectivement la réflexion sur le déploiement du programme et sur les actions à entreprendre pour consolider les services. Concernant le programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu, le modèle régional qui avait été élaboré en 2009-2010 a été adopté à la Table de coordination régionale de l'Estrie. Dans la prochaine année, l'Agence participera à l'implantation progressive du programme qui s'adresse aux jeunes et à leur famille vivant une situation de crise familiale.

L'Agence participe également à d'autres activités régionales qui favorisent l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et la qualité des services offerts aux jeunes en difficulté en Estrie. Par exemple, les travaux en cours sur l'évaluation régionale des impacts de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse sur l'organisation des services permettront d'identifier éventuellement les ajustements nécessaires pour favoriser, entre autres, la continuité et la stabilité des liens chez les enfants. Ensuite, le suivi de l'Entente de complémentarité entre le MSSS et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) a permis de souligner les mécanismes de collaboration actuellement présents entre les deux réseaux mais également l'importance d'approfondir notre connaissance mutuelle. L'implication de l'Agence dans l'entente interministérielle de l'Engagement Jeunesse a été une occasion de soutenir la cohérence et la complémentarité des services aux jeunes. Enfin, les travaux sur l'élaboration du *Plan régional de formation Jeunes en difficulté* favoriseront la consolidation des orientations régionales et nationales par le déploiement de formations ajustées aux besoins des établissements et des partenaires.

Dépendances

Au cours de l'année 2010-2011, l'Agence a soutenu différents volets de l'offre de service Dépendances en Estrie. En ce qui concerne les services de première ligne, un bilan faisant état des travaux réalisés se retrouve dans la section Orientation 15, au point 4.3.1.6.

D'autre part, une des priorités régionales en Dépendances est de bonifier l'offre de service en désintoxication. En ce sens, des recommandations visant l'accessibilité, la qualité et la continuité des services en désintoxication ont été adoptées à la Table de coordination régionale de l'Estrie en décembre 2010. La mise en place d'un groupe de travail sur la hiérarchisation des services en désintoxication est donc prévue pour la prochaine année. Par ailleurs, la promotion de la certification des organismes privés en toxicomanie offrant de l'hébergement a été un dossier très actif dans la dernière année. L'Agence a participé à une rencontre animée par le MSSS pour promouvoir la certification auprès de ces organismes et pour expliquer le processus de la démarche. Ainsi, tous les organismes de la région sont maintenant engagés dans ce processus, ce qui vient améliorer la qualité globale de ces services en Estrie et favoriser les collaborations avec les établissements.

Enfin, sur le plan du jeu pathologique, l'Agence a dressé un constat positif des réalisations des organismes communautaires qu'elle soutient financièrement pour offrir aide et entraide aux proches de joueurs pathologiques qui ne sont pas en traitement.

Santé mentale

Les efforts sont maintenus pour poursuivre les orientations du *Plan d'action en santé mentale de 2005-2010 : la force des liens*, plusieurs dossiers majeurs ont fait l'objet d'une priorisation par le Comité directeur du programme Santé mentale, ce qui a entraîné une mobilisation importante des établissements dans les travaux au cours de l'année.

Réorganisation des ressources résidentielles en santé mentale

À la suite de l'adoption, en juin 2008, du *Modèle d'organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie* et du plan de déploiement de cette offre de service sur tout le territoire, l'Agence a procédé, cette année, à l'actualisation des changements prévus :

- consolidation du mécanisme régional et d'accès à l'hébergement;
- décentralisation de l'offre de service d'hébergement de première ligne dans chacun des territoires de CSSS;
- réévaluation des personnes hébergées;

- transferts budgétaire et clinique en deux étapes : CSSS périphériques et CSSS-IUGS.

Les étapes en cours et à venir sont :

- terminer l'évaluation de la clientèle hébergée au Pavillon de la Montagne et relocaliser certaines personnes s'il y a lieu;
- mettre en œuvre le projet de rénovation fonctionnelle au CJPC/MSG en fonction de sa programmation clinique;
- ajuster le modèle résidentiel en fonction des besoins émergents chez les jeunes adultes;
- consolider l'offre de service socioprofessionnelle en collaboration avec l'emploi et l'éducation;
- consolider l'approche de réadaptation spécifiquement dans les lits prévus au CHUS.

Fait à noter, en décembre 2010, la Commission des relations du travail a rendu sa décision rejetant les plaintes des RTF en vertu de la loi 24.

Un bilan « an 1 » de l'orientation des personnes vers les ressources résidentielles est attendu d'ici juin 2011.

Guichets d'accès et soins partagés en santé mentale

Une démarche d'évaluation qualitative des guichets d'accès et soins partagés en santé mentale adulte dans les CSSS est en cours. La diffusion du rapport d'évaluation est attendue au Comité directeur du programme Santé mentale à l'hiver 2012.

Chaque équipe de santé mentale ainsi que les médecins de famille des territoires peuvent compter sur un psychiatre répondant.

Insertion socioprofessionnelle en santé mentale

Le programme-cadre en intégration socioprofessionnelle de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Approche parapluie, a été adopté en juin 2010. Le Comité directeur affirme l'importance d'actualiser le comité régional d'insertion socioprofessionnelle de manière à lui faire jouer son rôle de soutien aux RLS, de coordination intersectorielle et de communauté de pratique. Des travaux seront entrepris au cours de l'année 2011-2012 afin de déterminer le rôle et les responsabilités de chacun des partenaires.

Services de suivi intensif et de suivi d'intensité variable dans la communauté

Une demi-équipe de suivi intensif est en place au CHUS depuis la fin janvier 2011 et les suivis intensifs dans la communauté ont débuté, à Sherbrooke. Une entente a été signée entre l'équipe SI du CHUS et Urgence-Détresse régionale pour couvrir la période de nuit pour des situations de crise.

Les services de soutien d'intensité variable sont par ailleurs déployés dans chaque CSSS et pour certains territoires, avec la collaboration dans le PSI de l'organisme communautaire en santé mentale.

Hiérarchisation des services en santé mentale

Le Comité directeur du programme Santé mentale a mandaté deux groupes de travail (adultes et jeunesse) pour élaborer la démarche sur le continuum de soins et services. Cette démarche comporte trois étapes (le cheminement clinique : pratiques cliniques exemplaires centrées sur l'usager; la trajectoire de soins et services : meilleures pratiques organisationnelles et la mise en œuvre : meilleures pratiques opérationnelles) suivies d'une rencontre d'appropriation régionale s'adressant à l'ensemble des partenaires du réseau de la santé mentale de l'Estrie. La rencontre d'appropriation régionale sur le cheminement clinique a été réalisée en avril 2011. Le processus est assez complexe et le Comité directeur du programme Santé mentale en suit l'évolution attentivement.

Organisation des services de crise en santé mentale

Un comité de travail est à dresser un état de situation pour l'ensemble de la région, à définir la problématique et à formuler des recommandations. Le rapport est attendu au Comité directeur du programme Santé mentale à l'automne 2011.

Santé physique

Programme de lutte contre le cancer

Au cours de la dernière année, un groupe de travail a été formé pour élaborer un continuum de soins et services quant aux meilleurs processus centrés sur l'organisation au regard de l'expertise clinique requise. Ainsi seront déterminées la hiérarchisation et la stratification des soins et services de première, deuxième et troisième ligne et la contribution de chacun des partenaires en fonction des expertises dans une perspective interdisciplinaire et interétablissements.

La première étape de la démarche d'élaboration d'un continuum de soins et services consiste à définir les meilleures pratiques pour la clientèle en soins oncologiques et palliatifs aux différentes étapes du cheminement. L'essentiel réside avant tout dans la définition des meilleures pratiques avant de déterminer les meilleurs processus et la contribution des partenaires. Le CHUS a été l'initiateur de cette démarche et trois CSSS partenaires, le CSSS-IUGS, le CSSS du Val-Saint-François et le CSSS de Memphrémagog, assument un leadership local menant à la définition des trajectoires de soins et services entre la première, la deuxième et la troisième ligne, incluant le soutien dans le milieu et l'hébergement.

Dès l'automne 2011, le déploiement de la mise en œuvre débutera selon des modalités et échéanciers précis. Ensuite, des indicateurs de résultats seront déterminés en collaboration avec les partenaires en tenant compte de trois volets :

- accessibilité : disponibilité des soins et services dans chaque établissement;
- continuité : mécanismes de prise en charge/référence ↔ délai entre les étapes du cheminement clinique CHUS ↔ CSSS ↔ communauté;
- qualité : maintien/développement du niveau d'autonomie de l'usager, sa satisfaction, la satisfaction des intervenants.

Ces travaux permettront d'harmoniser les processus de collaboration, de transfert et de référence pour l'ensemble des partenaires et des cliniciens.

Service de radio-oncologie

Le service de radio-oncologie du CHUS assure le traitement des patients à l'intérieur d'un délai de 28 jours. Un suivi rigoureux est effectué. Le temps supplémentaire et la réorganisation constante du service de radio-oncologie font partie des stratégies utilisées et modulées en fonction de la clientèle à desservir afin de maintenir le taux d'accès le plus près possible de 100 %.

Cardiologie tertiaire

Hémodynamie

En hémodynamie, pour toutes les catégories, les demandes de services sont réalisées à l'intérieur des délais établis. La baisse dans la catégorie B est due à la non-disponibilité de salles ou des patients pour des raisons médicales ou personnelles. Le système SGAS ne permet pas de modifier les dates de disponibilité, ce qui induit une augmentation de la «non-disponibilité».

Depuis l'ouverture de la salle dédiée entièrement à l'électrophysiologie en novembre dernier, il a été permis de reprendre les interventions à temps complet dans les deux salles d'hémodynamie.

Électrophysiologie

Par contre, en électrophysiologie, afin d'éviter les délais importants pour les priorités de la catégorie A, l'accent a été mise sur celles-ci.

Avant l'ouverture officielle de la salle d'électrophysiologie en novembre 2010, certains patients étaient directement dirigés vers Montréal ou Québec, faute de services en région. Lorsque l'information au sujet de l'ouverture officielle de la salle a été transmise, le nombre de demandes d'intervention a augmenté de façon considérable. Depuis, le nombre de patients en attente a sensiblement diminué et le pourcentage de demandes réalisées de catégorie A, a par le fait même augmenté, passant de 80 % (avant l'ouverture de la salle) à 93 %. Dû au retard de l'ouverture de la salle en hémodynamie, les cibles fixées pour les ablations simples et les études diagnostiques n'ont pu être atteintes.

Chirurgie cardiaque

Malgré que la cible ne soit pas atteinte en 2010-2011, une amélioration est notée par rapport aux résultats de 2009-2010 pour la catégorie A. Concernant la catégorie B, le nombre de patients en attente demeure élevé et a même augmenté depuis 2009-2010. Le nombre total de chirurgies réalisées a aussi diminué légèrement. Ceci est occasionné par un manque de disponibilité des ressources (anesthésistes, infirmières au bloc opératoire ainsi que des ressources infirmières aux soins intensifs). L'ensemble des spécialités chirurgicales pour lesquelles le CHUS doit assurer l'accessibilité limite le nombre de disponibilités opératoires pour les chirurgies cardiaques.

Mécanismes d'accès aux services spécialisés

Les ententes signées entre le CHUS et le CSSS de Memphrémagog se poursuivent concernant la chirurgie d'un jour et des prothèses totales du genou (PTG).

Cataractes

Pour les chirurgies de la cataracte, les délais sont respectés autant au CSSS du Granit qu'au CHUS. Dans ce dernier établissement, une amélioration des processus opératoires a permis de traiter plus de patients. En effet, les chirurgiens traitent de 12 à 15 patients plutôt que 8 à 10 par priorité.

Prothèses totales de la hanche (PTH) et du genou (PTG)

Pour les chirurgies de la hanche et du genou, seuls quelques cas (2 ou 3) dépassent le délai fixé (6 mois). L'attente moyenne pour ces chirurgies est de 16 semaines pour les PTG et de 15 semaines pour les PTH. Malgré l'ensemble des obstacles rencontrés (pénurie de personnel, etc.), un effort a été démontré par tous au niveau du continuum en orthopédie, une faible diminution du nombre de chirurgies est notée par rapport à l'an dernier.

Chirurgies d'un jour

Pour les chirurgies d'un jour, notons une diminution du nombre de patients en attente depuis plus de 12 mois au CHUS. L'attente moyenne est de 11 semaines. Mentionnons que le partenariat avec le CSSS de Memphrémagog a permis à 365 patients d'être transférés en 2010-2011.

Aux CSSS du Granit et de Memphrémagog, aucun patient ne dépasse 12 mois d'attente. L'attente moyenne est de 10 semaines à Magog et de 11 au Granit.

Chirurgies avec hospitalisation

Pour les chirurgies avec hospitalisation, une diminution du nombre de chirurgies est aussi notée. Des priorités opératoires ont été distribuées à des spécialistes ayant des cas nécessitant plus d'heures de présence au bloc opératoire, telles les chirurgies oncologiques, chirurgies thoraciques et chirurgies cardiaques. Aux CSSS du Granit et de Memphrémagog, il y a très peu d'attente (entre 2 et 10 semaines). Par contre, le CHUS devra intensifier ses efforts pour éliminer complètement la liste de patients en attente de plus de 1 an.

Inauguration du GMF du Haut-Saint-François

Dr Robert Pronovost, directeur des affaires médicales et universitaires à l'Agence, ***Dr Yves St-Pierre,*** médecin organisateur du GMF, ***Dre Ginette Varin,*** médecin responsable du GMF, ***Mme Johanne Gonthier,*** députée de Mégantic-Compton, ***M. Christian Gauthier,*** président du CA du CSSS du Haut-Saint-François.

4.1.2.2 Services médicaux de première ligne

Groupe de médecine de famille

Le groupe de médecine de famille (GMF) est le modèle d'organisation médicale privilégié en Estrie. En effet, treize GMF ont vu le jour depuis 2002 et le plus récent, le GMF du Haut-Saint-François, a obtenu son accréditation en juillet 2010. Des travaux sont actuellement en cours pour développer un quatorzième GMF sur le territoire de Sherbrooke.

Au cours de la dernière année, il est important de souligner le renouvellement de l'accréditation des GMF suivants, et ce, pour des périodes de trois ans : Deux-Rives et Des Sources.

L'objectif d'assurer la présence d'au moins un GMF par RLS est atteint.

Clinique-réseau

Plusieurs démarches ont eu cours dans les dernières années aux fins d'élaborer un projet «clinique-réseau». Les travaux effectués jusqu'à maintenant traduisent toujours une volonté de favoriser l'accès à des services de première ligne, tel que le propose le modèle «clinique-réseau», mais en privilégiant une accessibilité aux services de sans rendez-vous, de suivi, et ce, en complémentarité aux différents mécanismes et modalités déjà en place. À cet effet, des travaux en cours à l'égard d'un mécanisme d'accès à la médecine spécialisée optimiseraient l'accès et la continuité des soins auprès de la clientèle. De plus, une telle organisation favorise l'interdisciplinarité et une offre de service maximale.

Un cadre de référence d'un regroupement médical de partenaires du réseau a été élaboré de concert avec la DAMU, le DRMG et le CSSS-IUGS. Ce dernier vise, entre autres, l'organisation optimale de services médicaux généraux de première ligne qui s'inscrit dans une perspective de développement d'une clinique-réseau.

Les travaux ont débuté au cours des dernières semaines, favorisant l'adhésion de partenaires provenant de cliniques médicales aux fins d'un modèle impliquant le CSSS-IUGS, le CHUS et l'Agence. Enfin, ces derniers travaux permettront le déploiement d'une clinique-réseau d'ici la fin de l'année en cours.

Conséquemment, les travaux en cours ciblant particulièrement l'accessibilité à des services médicaux en sans rendez-vous seront favorables pour réduire la pression sur les services d'urgence du CHUS.

Guichet d'accès pour les clientèles n'ayant pas de médecin de famille

Table régionale des coordonnateurs médicaux des services de première ligne

Les personnes sans médecin de famille font l'objet d'une attention particulière dans l'organisation des services médicaux généraux, puisque 25 % des résidentes et des résidents de l'Estrie n'en ont pas. De ce nombre, une proportion de personnes d'environ 12 %, dites vulnérables, requiert un suivi régulier en raison d'un état de santé complexe. À la suite des directives ministérielles, l'ensemble des CSSS de l'Estrie ont procédé à la mise en opération d'un guichet d'accès au sein de leur établissement.

La Table régionale des coordonnateurs médicaux, créée en novembre 2008, poursuit ses travaux dans le but de favoriser la prise en charge de clients n'ayant pas de médecin de famille en échange de services professionnels tels les infirmières auxiliaires, les psychologues ou les nutritionnistes.

Soulignons que les coordonnateurs médicaux, outre leur collaboration au guichet et à la prise en charge de la clientèle sans médecin de famille, assurent la liaison entre le CSSS et les médecins des divers milieux cliniques de son territoire. Toutefois, la disponibilité médicale étant limitée, de nouvelles stratégies seront élaborées pour maximiser la prise en charge des clients n'ayant pas de médecin de famille.

Mécanisme de prise en charge de la clientèle vulnérable

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

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

Par le biais des ententes de gestion, une reddition de comptes est attendue afin de suivre le nombre de prises en charge des clients, dans le but d'améliorer l'accessibilité à un médecin de famille. La cible de 100 % est atteinte pour la clientèle nécessitant une prise en charge très rapide (dans un délai de moins de 72 heures). Pour les clientèles nécessitant une prise en charge en moins de 30 jours (P1) ou à l'intérieur d'un délai de 30 jours à 3 mois (P2), le résultat moyen est de 46 %, alors que la cible est de 80 %. Plusieurs problématiques sont à examiner selon les caractéristiques de chacun des CSSS et des ajustements doivent être apportés au cours de la prochaine année.

Rupture de services médicaux aux urgences

En Estrie, il demeure difficile pour certains établissements, notamment les CSSS des Sources, de la MRC-de-Coaticook et du Granit, d'assurer des services médicaux pour tous les quarts de garde à l'urgence, nécessitant le recourt au mécanisme de dépannage provincial. Par ailleurs, le CSSS de Memphrémagog a également éprouvé des difficultés de couverture lors de la dernière année.

D'importantes interventions des directeurs des services professionnels (DSP) et des chefs des services d'urgence sont nécessaires lors de l'élaboration des listes de garde. L'implication du DRMG s'avère cruciale. Une mobilisation des chefs d'urgence, des DSP, du DRMG et de la DAMU est réalisée, afin de trouver des pistes de solution aux problèmes récurrents.

Certains travaux réalisés ont permis de consolider les mesures locales, régionales et provinciales. De nombreuses discussions tenues avec le MSSS ont également fait ressortir la situation estrienne et facilité la collaboration de dépannage intraprovincial.

Par ailleurs, tout établissement à risque de rupture d'activités médicales à l'urgence doit déposer un plan de contingence incluant : la réorganisation des services, la communication avec la population et les ententes avec les établissements partenaires. À cet effet, un plan de contingence a été obtenu pour les CSSS des Sources, de Memphrémagog et de la MRC-de-Coaticook. L'Agence est en attente de celui du CSSS du Granit.

Plan de communication

Considérant la pénurie de médecins en Estrie, les risques de ruptures de services d'urgence et l'absence d'un plan de communication, les directeurs généraux des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie ont approuvé, en avril 2009, la mise en place d'un plan de communication avec des stratégies permettant de répondre à la demande de ressources médicales en Estrie.

En effet, ce plan propose des outils et des moyens, et offre des solutions viables tant sur le plan de l'attraction, de la fidélisation, de la rétention et du soutien auprès des médecins en pratique.

L'équipe des communications de l'Agence et la DAMU sont responsables de la diffusion de ce plan, prévue d'ici l'automne prochain.

Plan régional des effectifs médicaux – médecins omnipraticiens

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

Pour l'année 2010-2011, 7 postes ont été alloués à notre région en regard des 215 finissants pour le Québec.

Malgré les travaux provinciaux de révision des critères et du modèle d'allocations des postes, une allocation supérieure de postes au plan régional des effectifs médicaux (PREM) demeure nécessaire, car insuffisante pour répondre aux besoins de la région.

4.1.2.3 Services préhospitaliers d'urgence

Pour l'année 2010-2011, les services préhospitaliers d'urgence (SPU) en Estrie se sont vus octroyer un véhicule ambulancier et le financement pour une équipe de travail supplémentaire pour la région de Windsor.

La zone de Sherbrooke, quant à elle, a reçu un véhicule ambulancier que l'entreprise a dédié aux transports interétablissements. Total des investissements : 500 000 $.

4.1.3 Orientation 3 : FAVORISER L'ARRIMAGE ENTRE LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET LES SERVICES SPÉCIALISÉS

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

Plan de déconcentration des services médicaux spécialisés de base

Une démarche antérieure a permis de tracer un plan du niveau de services attendus dans les spécialités de base pour chacune des MRC. Ce plan couvre sept spécialités, soit la psychiatrie, la médecine interne, l'anesthésie, la chirurgie générale, la gynéco-obstétrique, la radiologie et la pédiatrie. La priorité a été accordée aux trois spécialités suivantes : médecine interne, radiologie et psychiatrie.

Globalement, l'accessibilité aux services de consultation spécialisée demeure problématique. Malgré une augmentation du nombre de rendez-vous dans ces services, les listes d'attente s'allongent. Parmi les éléments explicatifs, outre le vieillissement de la population et l'augmentation des cas nécessitant plus de soins, nous retrouvons comme goulot d'étranglement :

- la pénurie des médecins de première ligne et les références parfois trop nombreuses de certains médecins omnipraticiens;
- les délais excessifs d'attente pour les examens en imagerie;
- la gestion des rendez-vous.

Dans le but de faciliter l'implantation d'un mécanisme d'arrimage entre les services médicaux de 1re et de 2e ligne, l'accès à la médecine spécialisée et aux plateaux techniques, un document a été élaboré pour sa mise en œuvre. Les conditions cliniques retenues pour débuter le projet ont été proposées par le Département régional de médecine générale (DRMG), en accord avec la médecine spécialisée. Des algorithmes cliniques ont été élaborés par des omnipraticiens et des médecins spécialistes, pour chacune des conditions cliniques. Les établissements imputables de la mise en œuvre de cet arrimage seront le CSSS-IUGS, qui représentera les CSSS de la région, et le CHUS. Le document est actuellement en consultation auprès des différentes tables décisionnelles de la région.

Imagerie médicale

En lien avec le *Plan d'action ministériel sur l'amélioration de l'accès en imagerie médicale*, un groupe de travail a été créé afin de trouver des solutions aux problèmes d'accessibilité de la région. D'importants travaux ont été réalisés ou sont en cours : l'épuration des listes d'attente, l'allongement des heures d'ouverture des centres de rendez-vous par une réorganisation du travail ou l'ajout d'heures, l'établissement de zones franches de services pour l'échographie et le scan, la révision des indicateurs pour les délais d'attente, la révision de processus, etc. Tous ces travaux se font en collaboration avec la Table des directeurs de services professionnels (DSP) et la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS).

Entente Orthopédie – Prothèse totale du genou

La chirurgie de la prothèse totale du genou est une chirurgie particulièrement ciblée sur le plan des délais d'accès à respecter (un délai d'attente maximal de six mois). Bien qu'une certaine amélioration soit notée, il demeure que la région de l'Estrie n'atteint pas la cible attendue. Dans cette optique, l'Agence a reconduit l'entente de services de partenariat entre le CHUS et le CSSS de Memphrémagog, afin que ce dernier réalise des chirurgies de l'implantation de prothèses du genou dans son établissement.

Actuellement, les activités de chirurgies se déroulent comme convenu et les résultantes de l'évaluation entreprise en mai 2010 a permis de formaliser une entente entre les deux partenaires (CHUS et CSSS de Memphrémagog).

Accès à un traitement rapide des infarctus du myocarde

Sous l'égide de l'Agence et de la Table des DSP, un groupe de travail s'est mis en place, constitué d'un médecin de la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU), de deux médecins de la Direction de l'organisation des services (DOS) pour le secteur des services préhospitaliers et d'un cardiologue du CHUS.

Les travaux de ce groupe de travail visent, entre autres, à adapter et à rehausser l'expertise clinique des intervenants impliqués dans la prise en charge des patients avec un infarctus aigu du myocarde présentant une élévation du segment ST (IAMEST) dans les trois domaines, soit le préhospitalier, l'intrahospitalier et l'hémodynamie.

La mise en place définitive des recommandations, l'utilisation des outils proposés et l'aboutissement des discussions entre le Service de cardiologie du CHUS et la Direction médicale du réseau préhospitalier devraient se faire à partir du début de l'automne 2011.

Enfin, à la demande du Ministère, un registre estrien reposant sur une base de données uniformisée pour les secteurs préhospitaliers et intrahospitaliers sera élaboré à partir de l'été 2011. Cette base de données permettra de fournir en temps réel les résultats des délais à chaque centre hospitalier individuellement, à l'Agence de même qu'au Service de cardiologie. De plus, elle permettra d'assurer un suivi complet et détaillé des recommandations et des ajustements pour chaque centre hospitalier de même que pour l'Estrie dans son ensemble.

Plan régional des effectifs médicaux spécialisés

Dans le cadre de la *Planification quinquennale 2010-2015 des effectifs en médecine spécialisée*, d'importants travaux ont été réalisés afin de procéder à l'analyse des postes de chacune des spécialités des établissements concernés : le CHUS, les CSSS de Memphrémagog, du Granit et du CSSS-IUGS. L'objectif est d'évaluer pour les cinq prochaines années les besoins en médecine spécialisée, en fonction des besoins de la population, des départs, des postes vacants, de la capacité à recruter, du nombre de nouveaux médecins spécialistes, de l'enseignement, de la recherche, etc.

En 2011, neuf postes ont été ajoutés au nombre de postes autorisés, dans les spécialités suivantes : médecine interne, allergie-immunologie, anesthésie, médecine nucléaire, radio-oncologie, chirurgie vasculaire, dermatologie, psychiatrie adulte (grâce à deux enveloppes fermées).

Pour 2012-2015, les demandes d'ajouts de postes (39) ont été déposées au MSSS le 15 mai 2011 avec une fiche explicative pour chaque spécialité ainsi que le portfolio des établissements. La décision finale du MSSS est attendue pour le 15 septembre 2011.

4.1.4 Orientation 4 : DÉVELOPPER UN PARTENARIAT PRIVILÉGIÉ DANS LA MISE EN RÉSEAU DES SERVICES

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

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

La planification de nouveaux services médicaux et la consolidation de ceux en place se font dans une vision de fonctionnement en réseau des services de première ligne, en encourageant, par exemple, des regroupements ou des ententes spécifiques entre les CSSS, le CHUS, les GMF et les cabinets médicaux. À titre d'exemples, des mécanismes d'accès sont prévus pour les consultations sans rendez-vous, les services d'urgence et le déploiement d'une clinique-réseau. Voir section *4.1.2.2 Services médicaux de première ligne et spécialisés.*

L'objectif est également de maintenir, voire de consolider le partenariat entre les CSSS et les milieux cliniques du RLS, ainsi qu'une meilleure planification et organisation de services médicaux de première ligne. De plus, la consolidation des tables médicales territoriales a fait l'objet de diverses actions auprès des CSSS. Il est visé que chacune des tables soit composée minimalement du DSP, de la coordonnatrice ou du coordonnateur médical des services de première ligne, et de représentantes et de représentants des services médicaux du territoire pour, à titre d'exemple, soutenir localement la mise en place des programmes-services, plus spécialement des services médicaux de première ligne.

4.1.4.2 Mécanismes de concertation

La Table des directeurs des services professionnels

La Table des DSP exerce ses fonctions sous l'autorité de la TCRE avec le soutien de la DAMU. Elle est composée d'un directeur général répondant, des DSP des CSSS, du CHUS et du CRE, le directeur par intérim de la DAMU ainsi que de l'adjointe au directeur de la DAMU. Soulignons la participation régulière de la D^re^ Raymonde Vaillancourt, chef du DRMG, et du personnel professionnel de la DAMU, lorsque jugé nécessaire.

Au cours de l'année 2010-2011, la Table des DSP s'est réunie à six reprises et a réalisé, entre autres, les travaux suivants :

- suivi de mesures correctives et des plans de contingence dans chaque CSSS détenant un service d'urgence;
- début des travaux au regard du *Plan d'action ministérielle en imagerie médicale* et mise en place d'un groupe de travail;
- début des travaux au regard du projet « Accueil clinique » visant spécifiquement les mécanismes d'accès à la médecine spécialisée. Un groupe de travail a également été mis en place afin d'en soutenir les différents aspects;
- début des travaux d'optimisation quant au volet de la biologie médicale, et ce, selon les directives ministérielles;
- contribution au plan de communication pour le recrutement, la rétention et la fidélisation des médecins de famille en Estrie;
- nomination d'un nouveau président de la table à la suite du départ du docteur Mario Wilhelmy. Le nouveau président nommé est le docteur Stéphane Tremblay, DSP au CHUS.

4.1.5 *Orientation 5 :* RÉPONDRE AUX DÉFIS PAR LE DÉVELOPPEMENT D'UNE ORGANISATION PERFORMANTE ET NOVATRICE DES SERVICES DE SANTÉ

4.1.5.1 *Performance*

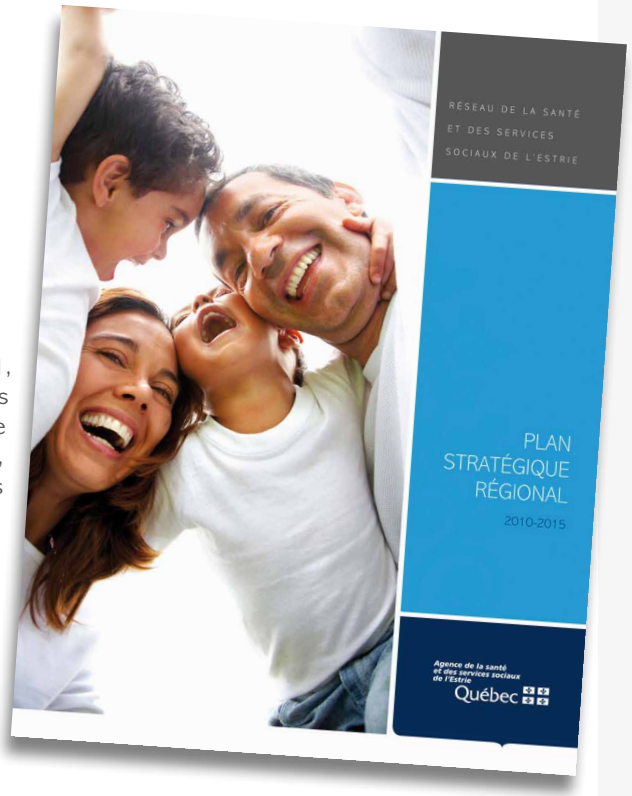
La fin du cycle administratif 2005-2010 a donné lieu à différentes mesures favorisant une réflexion sur le cheminement réalisé par le réseau estrien de la santé et des services sociaux et l'identification des défis à poursuivre.

Un bilan 2005-2010 du suivi des indicateurs liés à l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) a été dressé et témoigne de la performance de la région concernant l'atteinte de ses engagements. Ce bilan, déposé au CA de l'Agence le 6 avril 2011, présente les résultats obtenus au cours de cette période de même qu'un survol des décisions concernant l'adoption des orientations régionales par programmes-services. Aussi, un historique de l'adoption des ententes entre le MSSS et l'Agence et des dossiers stratégiques de la région est relaté. Finalement, le contexte budgétaire entourant le développement des EGI est précisé.

La récente planification stratégique 2010-2015 du MSSS a amené l'Agence à élaborer un *Plan stratégique régional 2010-2015* (Estrie), en continuité avec le *Plan pluriannuel 2008-2011*. Nous y retrouvons un enjeu supplémentaire portant sur la performance ainsi que des modifications sur les trois autres enjeux.

À l'automne 2010, le Plan stratégique régional, adopté par le CA de l'Agence, a été déposé au MSSS. Un plan d'action 2011-2012, qui présente les priorités d'action mises de l'avant pour la prochaine année, a également été adopté par le CA de l'Agence, en janvier 2011. Il a ensuite été transmis au MSSS et a fait l'objet de discussions au printemps 2011, en préparation à l'EGI 2011-2012.

Le cycle administratif de l'élaboration des EGI entre le MSSS et l'Agence et entre l'Agence et ses établissements s'est réalisé au cours de l'année 2010-2011 dans un contexte de transition, porté par l'introduction progressive des changements apportés par ce cycle, en cohérence avec les plans stratégiques 2010-2015 du MSSS et de la région.



Une des priorités ministérielles signifiée dans l'EGI MSSS-Agence 2010-2011, et reprise en 2011-2012, concernait la mise en œuvre de projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources générateurs de gains de performance pour le réseau de la santé et des services sociaux. C'est ainsi que le 4 octobre 2010, l'Agence a déposé au MSSS le *Plan d'optimisation des ressources 2010-2014*. Les travaux qui sont et seront conduits en Estrie ont été présentés en trois volets.

Le premier volet porte sur les mesures et les modalités mises en place pour l'année 2010-2011 afin d'atteindre les paramètres mis de l'avant par l'adoption du projet de loi n° 100, par l'Assemblée nationale, le 11 juin 2010. En ce qui concerne la réduction de 10 % des dépenses de nature administrative au terme de l'exercice 2013-2014, les établissements de l'Estrie ont implanté des mesures locales pour gérer la diminution des dépenses attendues en regard des frais de déplacements, des frais reliés à la formation et de ceux reliés aux communications.

À l'échelle régionale, l'Agence a revu la programmation annuelle de développement des compétences du personnel réseau afin de diminuer le nombre de formations et réviser les priorités par programmes-services. Enfin, au regard de la réduction des effectifs des secteurs administratifs, trois chantiers de travail sont en cours afin de donner des résultats d'ici 2014, soit la présence au travail, le traitement de la paie, les contrats et l'entretien des équipements médicaux.

Le deuxième volet du Plan d'optimisation décrit les mesures et les modalités en processus de travail avec la Table de coordination du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie (TCRE) pour la période 2011-2014. Un comité de pilotage des directrices et des directeurs généraux assure la coordination des projets d'optimisation et la mise en œuvre de nouveaux projets.

Finalement, le troisième volet présente les mesures et les modalités mises en place au regard de la productivité et de l'accessibilité aux services depuis trois ans et la nature des travaux qui seront conduits dans ce domaine au cours des prochaines années en recherche de performance.

Les établissements de la région ont été invités à faire une offre de service pour leur population qui propose des mesures d'amélioration de la productivité et de l'accessibilité aux services. Pour soutenir les établissements dans cette démarche, l'Agence a développé des ratios de productivité permettant l'identification des zones d'amélioration. Pour les CSSS, l'Agence leur a demandé d'atteindre minimalement la moyenne régionale. Pour l'année 2011-2012, les établissements avaient pour objectif d'augmenter la proportion des heures consacrées à la clientèle en soutien à domicile.

Cette approche a été également retenue pour l'identification des zones d'amélioration au regard de l'accès aux services. L'Agence a demandé aux établissements de porter une attention particulière aux secteurs qui nécessitent une amélioration de l'accès et de tendre vers les cibles identifiées tout en visant minimalement la moyenne régionale.

Ces informations ont été transmises à l'ensemble des directrices et des directeurs généraux et les résultats ont fait l'objet de discussion pour l'offre de service 2010-2011 et 2011-2012. Les secteurs les plus problématiques ont fait l'objet d'un suivi périodique auprès des établissements concernés.

À noter que le Service de la performance, de la qualité et des communications (SPQC) a développé, au cours de l'année, plusieurs outils d'information et de comparaison sur la performance des établissements et de la région afin de soutenir les décisions de gestion. De plus, des travaux ont été réalisés afin d'améliorer les méthodes de calcul des indicateurs d'accès aux services. La mise en place de mécanismes systématiques de type *bench marking* pour l'ensemble des indicateurs de l'offre de service se poursuivra au cours de la prochaine année.

L'ensemble de ces travaux vise à répondre à un enjeu de performance par l'amélioration de la productivité, les méthodes de suivi de gestion et l'optimisation des ressources identifiées au Plan stratégique régional.

4.1.6 *Orientation 6 :* ASSURER LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX OFFERTS

4.1.6.1 *Amélioration continue de la qualité*

Concertation régionale sur la qualité

La Table régionale qualité (TRQ) a concrétisé, au cours de l'année, deux grands chantiers qui orienteront l'ensemble des actions visant la qualité des soins et des services de la région pour les prochaines années. En effet, le *Cadre de référence sur la qualité des soins et des services en Estrie* a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence, tandis que les *Paramètres de la continuité interétablissements* ont reçu un accueil favorable de la part des directeurs généraux des établissements en mars 2011. Par ailleurs, les travaux se sont poursuivis relativement à plusieurs dossiers, notamment la pérennité de l'approche du *Plan de services individualisé* (PSI), l'expérimentation d'un outil intégrant l'ensemble des renseignements portant sur la qualité dans les établissements, ainsi que l'implantation d'une plateforme informatique pour la collecte de données et la réalisation de sondages de la satisfaction des usagères et des usagers dans huit établissements. De plus, la concertation régionale a permis de convenir d'un mécanisme de collaboration et d'échange sur le processus d'agrément des établissements. Enfin, des discussions ont porté sur les recommandations à caractère systémique concernant l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services ainsi que sur la planification des formations régionales.

Visites d'appréciation de la qualité des milieux de vie

Les visites ministérielles d'appréciation de la qualité permettent d'évaluer l'implantation de l'approche «Milieu de vie» dans les établissements de santé et de services sociaux, de reconnaître les actions mises de l'avant à cet égard et de formuler des recommandations dans une perspective d'amélioration continue des soins et des services donnés à la clientèle concernée.

Les recommandations émises à la suite de chacune des visites d'appréciation ont donné lieu à l'élaboration, par les établissements, de plans d'amélioration suivis par la Direction de l'organisation des services de l'Agence.

En 2010-2011, la démarche d'appréciation a permis de visiter quatre installations CHSLD. L'ensemble des rapports de visites sont disponibles sur le site Internet du MSSS.

En Estrie, le premier cycle des visites d'appréciation est terminé. L'ensemble des installations d'hébergement et les établissements gestionnaires des milieux de vie substituts ont été visités.

Promotion des droits des usagers

La mise en œuvre du *Plan d'action intégré pour la promotion des droits des usagers 2008-2010* a permis la tenue d'un deuxième colloque estrien. Le Commissaire à la santé et au bien-être, M. Robert Salois, y a présenté sa réflexion sur l'exercice des droits et des responsabilités des usagères et des usagers. Madame Anne-Marie Savard, professeure adjointe à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, a présenté le point de vue de la Chaire de droit et gouvernance de la santé de l'Université de Sherbrooke quant à la qualité au sein du réseau et les rôles du Comité de vigilance et de la qualité.

Rappelons que ce plan d'action vise le développement concerté des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits. Les objectifs poursuivis sont la responsabilisation du personnel quant aux droits des usagères et des usagers et la préparation d'outils d'information dédiés à la population en général, aux personnes utilisatrices des services ainsi qu'aux instances et aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Enfin, soulignons que la réalisation du *Plan d'action intégré pour la promotion des droits des usagers* a valu à l'Agence une mise en nomination pour un prix Orange de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ).

4.1.6.2 Sécurité civile – Mission santé

À l'instar de l'année précédente où la pandémie d'influenza fut une opération d'envergure en sécurité civile, l'année 2010-2011 en fut une où les événements climatiques extrêmes nous en ont fait voir de toutes les couleurs. Que ce soit les chaleurs extrêmes de l'été 2010, les inondations de l'automne et la tempête de neige de l'hiver 2011, ces événements mettent à l'épreuve les façons de l'Agence de gérer la communication du risque, et ce, de façon intensive et de courte durée.

En effet, pour une seconde fois depuis que la structure de sécurité civile – mission santé existe au sein de l'Agence, et ce, après la pandémie, le Comité de planification et d'intervention (COPIN) est entré dans une phase de mobilisation lors de la vague de chaleur extrême qui a sévi sur une bonne partie du Québec au début de juillet 2010. Un des plus grands défis rencontrés lors de cet épisode de chaleur a été de joindre de façon très rapide et efficace tout le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie ainsi que les partenaires sectoriels et intersectoriels.

L'expérience vécue a permis de consolider des façons de faire existantes et de créer de nouveaux outils de réponse à ce type d'urgence. Par ailleurs, les événements climatiques extrêmes étant appelés à devenir plus fréquents et plus intenses au cours des prochaines décennies en raison des changements climatiques, l'Agence a donc travaillé ce dossier de façon prioritaire.

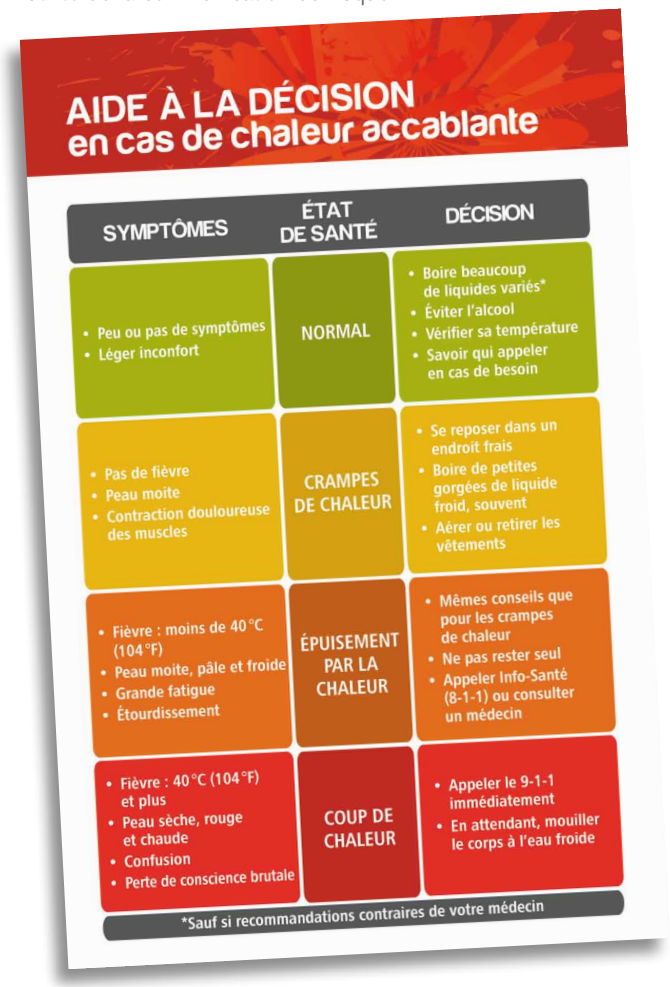
Afin de mieux se structurer dans la gestion des mesures d'urgence, un organigramme de gestion de l'information en situation de mesures d'urgence a été conçu afin de bien positionner les rôles de chacun lors d'une communication en situation de crise. Des outils d'aide-mémoire pour chacun des volets de la mission santé et un aide à la décision en cas de chaleur accablante ont été élaborés dans le souci d'être le plus efficace possible dans ces situations. Les coordonnatrices et coordonnateurs de sécurité civile dans les établissements ont été rencontrés afin d'échanger sur les défis qui nous guettent et afin de bien se coordonner dans ce genre de situation.

Cependant, malgré la création de l'organigramme de gestion de l'information, on ignorait toujours si la communication du risque, un élément central de la réponse de santé à ce type d'urgences, était réellement efficace. L'Agence a donc procédé à une évaluation de la communication du risque basée sur un exercice de simulation. En effet, une simulation de tempête hivernale suivie de froid intense a été conduite en Estrie en janvier 2011 auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Un avertissement portant sur les maladies associées aux accumulations de neige ou au froid a été envoyé par voie électronique aux partenaires médicaux (cliniques médicales, médecins omnipraticiens, pharmaciens, services d'urgences). Un second avis portant sur les mesures préventives générales à adopter lors de telles conditions a été envoyé aux autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (ressources privées, ressources non institutionnelles publiques, organismes communautaires, partenaires de santé publique). Puis un échantillon aléatoire de partenaires, stratifié selon le type de partenaires, a été joint par téléphone afin de répondre à un bref questionnaire visant à évaluer l'efficacité de la communication du

risque. Au total, 239 partenaires ont répondu au questionnaire. Les items suivants ont été évalués :

1) la réception et la lecture rapides (<24 heures);
2) l'utilité perçue par les partenaires;
3) le niveau de connaissances reliées au message transmis.

Parallèlement, ce projet a permis de consolider les canaux de communication, de tester les processus de communication du risque existants et de sensibiliser les partenaires à la pertinence et l'utilité de la communication du risque.



4.1.6.3 *Prestation sécuritaire*

Système d'information sur la sécurité des soins et des services

L'année 2010-2011 a été marquée par l'implantation de la nouvelle version du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) en prévision du téléversement de tous les incidents et accidents déclarés par l'ensemble des établissements de la province dans une banque de données dénominalisées nationale, à partir de leur propre système d'information. L'objectif étant la création d'un registre national et d'un registre régional des incidents et accidents qui permettront l'analyse, la prévention et le contrôle de ces derniers. À ce titre, de la formation a été offerte au personnel des établissements sur l'utilisation du SISSS et des contrats pour l'hébergement sécuritaire de l'information ont été signés.

Prévention des infections nosocomiales

Au cours de l'année 2010-2011, la Direction de santé publique et de l'évaluation a soutenu la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) dans la réalisation de son plan de travail. En particulier, le *Tableau de bord sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales* a été amélioré et adapté pour les différentes missions des établissements; ce tableau est maintenant implanté dans toute la région.

De plus, plusieurs outils ont été préparés afin de soutenir les établissements. En effet, dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales, un guide a été développé pour aider les établissements lors de la réfection et de la rénovation des espaces destinés aux soins.

Par ailleurs, la quatrième Semaine régionale de prévention des infections nosocomiales dans le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie a réitéré cette année la promotion de l'hygiène des mains avec le slogan : «Peu importe ce que t'en fais, lave-les!». De nouveaux outils visuels régionaux ont été distribués aux établissements de l'Estrie ainsi que dans les cliniques médicales et les groupes de médecine de famille de la région. Un concours de lavage des mains au Carrefour de l'Estrie a lancé cette semaine régionale et a suscité beaucoup d'intérêt de la part de la population

et des médias. L'évaluation de cette campagne régionale confirme que la majorité des établissements ont tenu des activités d'information et de formation sur le lavage des mains au cours de la Semaine régionale s'étant déroulée du 17 au 23 octobre 2010. Cette activité, coordonnée par la TRPIN, demeure très appréciée par nos partenaires et sera reconduite l'an prochain.

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

L'utilisation de la contention, de l'isolement et des substances chimiques, à titre de mesures de contrôle, doit se faire de façon exceptionnelle et exclusive, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit d'assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Le déploiement du *Programme national de formation sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle* auprès du personnel concerné, plus spécifiquement auprès des médecins, du personnel infirmier, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes, s'est poursuivi durant l'année. En 2010-2011, la région de l'Estrie a atteint la proportion de 45 %, soit 3 % de plus que l'année précédente. Une amélioration significative est à souligner quant à la formation des médecins, passant de 9 % au 31 mars 2010 à 27 % au 31 mars 2011, et des ergothérapeutes, passant de 54 % au 31 mars 2010 à 71 % au 31 mars 2011. La diffusion de la formation se poursuivra dans les prochaines années afin d'atteindre l'objectif de 66 % du personnel concerné formé. De plus, une adaptation de la formation sera effectuée afin de tenir compte des particularités de l'intervention auprès de différentes clientèles et de secteurs d'activités, soit les services de soutien à domicile, les résidences pour personnes âgées, les jeunes en difficulté et la pédopsychiatrie; cela explique donc la raison pour laquelle la formation offerte au Centre jeunesse de l'Estrie n'est pas comptabilisée dans les résultats précédents.

Bureau du coroner

Avec l'objectif de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services, l'Agence facilite le suivi des recommandations formulées dans les rapports d'enquête et d'investigation du coroner.

Au cours de l'année, quatre rapports d'investigation du Bureau du coroner et une demande de suivi de la part du MSSS ont été transmis à l'Agence.

Trois des quatre rapports portaient sur des suicides, dont deux se sont produits dans la région. Dans ces deux derniers cas, les personnes décédées étaient suivies par les établissements de leur territoire et étaient connues pour des raisons de dépression. Ainsi, les recommandations portaient sur la révision des processus de communication entre les intervenantes et les intervenants ainsi que les partenaires des établissements impliqués dans les dossiers. L'Agence a demandé d'obtenir une copie de l'analyse qui sera effectuée et des actions qui seront prises, au besoin, découlant de ces recommandations.

Un dernier rapport a fait suite à un décès par hypothermie d'une personne âgée, atteinte d'Alzheimer, qui s'est enfuie de la résidence pour personnes âgées où elle résidait en raison du malfonctionnement d'une mesure de contention (bracelet antifugue). Ainsi, en lien avec les recommandations du coroner, l'Agence a demandé à cette résidence d'obtenir un suivi des actions mises en place pour assurer la vérification des mesures de contrôle de façon systématique. De plus, le Regroupement québécois des résidences pour aînés a été informé de cette situation afin qu'il puisse effectuer les suivis appropriés.

4.1.6.4 Certification des résidences pour personnes âgées et autres clientèles

Résidences pour personnes âgées

La certification des résidences pour personnes âgées (RPA) a pour objectif d'assurer des milieux de vie agréables, sécuritaires et adaptés aux besoins des quelque 5 000 Estriennes et Estriens qui y résident.

Au 31 mars 2011, 120 RPA figuraient au Registre des résidences pour personnes âgées. De ce nombre, 81 avaient été certifiées et 39 étaient en processus de suivi. Ces RPA en « tolérance administrative » sont en attente de certification en raison de non-conformité relativement aux éléments liés à la sécurité incendie ainsi qu'à l'usage de leur bâtiment compte tenu de la clientèle hébergée. Les dossiers sont analysés selon une procédure convenue entre les ministères concernés.

Enfin, le processus de renouvellement des certificats de conformité est en cours et se déroule selon les exigences légales, notamment en raison de la collaboration avec des propriétaires de RPA.

Ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique

Les modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux par l'adoption du projet de loi nº 56 (2009, c. 46) étendent le processus de certification des RPA à certaines ressources qui offrent de l'hébergement dans le domaine de la santé et des services sociaux, notamment les ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique (RTJP). En juillet 2010, le Règlement sur la certification des RTJP a été adopté et statuait sur les ressources visées pour l'obtention obligatoire d'un certificat de conformité et sur les exigences à rencontrer par ces dernières. Ainsi, depuis l'adoption de ce règlement, l'Agence a débuté la mise en place du processus de certification des RTJP, accueille les demandes d'information de ces ressources et les demandes d'admissibilité, assure l'interface avec le Conseil québécois d'agrément, émet les certificats et s'assure du maintien de la conformité.

Des mesures sont établies dans la Loi afin d'assurer une transition harmonieuse pour les ressources possédant déjà une certification volontaire. En Estrie, treize RTJP sont présentes sur le territoire, dont onze avaient reçu la certification volontaire. Au cours de l'année 2010-2011, deux ressources sont entrées dans le nouveau processus de certification obligatoire; six auront à faire leur demande d'admissibilité en 2011-2012 et cinq en 2012-2013.

4.1.6.5 *Plan régional de traitement des plaintes*

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a la responsabilité de traiter les dossiers portant sur les résidences pour personnes âgées, le transport ambulancier, les organismes communautaires, les ressources en toxicomanie et en jeu pathologique et les activités de l'Agence.

Faits saillants pour 2010-2011 :

- au total, 76 dossiers ont été traités ou sont en cours de traitement en fin d'année pour un total de 129 motifs d'insatisfaction;
- parmi ces motifs, 37 (29 %) ont été complétés et ont fait l'objet de mesures correctives;
- parmi les dossiers reçus, il y a 27 plaintes, 20 interventions, 11 assistances et 18 consultations;
- le délai moyen pour traiter les plaintes a été de 37 jours.

Globalement, les motifs d'insatisfaction portent sur :

- l'accessibilité aux services (9 motifs);
- l'aspect financier (11 motifs);
- les droits particuliers (10 motifs);
- l'organisation du milieu et les ressources matérielles (44 motifs);
- les relations interpersonnelles (14 motifs);
- les soins et services dispensés (41 motifs).

Recommandations et mesures correctives

Les dossiers qui ont fait l'objet de recommandations en vue d'appliquer des mesures correctives ont amélioré la qualité des services sur les aspects suivants : politiques et règlements; amélioration des conditions de vie; amélioration des mesures de sécurité et protection; ajustements techniques et matériels; information et sensibilisation du personnel.

Régime d'examen des plaintes et promotion des droits des usagers

Diverses activités ont été réalisées au cours de l'année pour favoriser une meilleure compréhension du Régime d'examen des plaintes : supervision de stagiaires en droit de la santé; planification de formations pour les commissaires de l'Estrie et rencontres de divers organismes du milieu.

D'autre part, la mise en œuvre du *Plan d'action intégré pour la promotion des droits des usagères et des usagers en Estrie* a atteint son point culminant avec la réalisation du colloque régional visant particulièrement à joindre les comités d'usagers et de résidents ainsi que les dirigeants des établissements de santé et de services sociaux.

4.1.7 ***Orientation 7 :*** ASSURER UNE GESTION RIGOUREUSE EN OPTIMISANT L'UTILISATION DES RESSOURCES DISPONIBLES

4.1.7.1 *Ressources financières*

CHUS – Hôtel-Dieu : Projet d'agrandissement et de réaménagement

En 2010-2011, les efforts se sont poursuivis pour obtenir le financement récurrent requis pour le budget d'opération du projet d'agrandissement et de réaménagement du CHUS - Hôtel-Dieu.

De cette démarche, il en a résulté une allocation récurrente de 7 222 000 $ sur une base annuelle. Cette allocation inclut les sommes de 3 020 000 $ et de 400 000 $ annoncées en 2009- 2010 pour les frais de fonctionnement des locaux et l'appareil de résonnance magnétique, un montant de 2 762 000 $ pour l'urgence et l'ouverture de lits d'hospitalisation, ainsi que des sommes supplémentaires reliées à la réalisation de volumes additionnels en médecine de jour, en imagerie médicale et en consultations externes.

Inauguration de l'agrandissement du CSSS de Memphrémagog

M. Pierre Reid, député d'Orford, ***M^me^ Monique Corbeil***, directrice générale du CSSS de Memphrémagog, ***M. Michel Bombardier***, conseiller municipal de la Ville de Magog, ***D^r^ Yves Bolduc***, ministre de la Santé et des Services sociaux, ***M. Gilles Pouliot***, président du CA de la Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog, ***M. Jacques Juby***, président du CA du CSSS de Memphrémagog.

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Le CSSS de Memphrémagog a procédé, en 2010 2011, à l'inauguration officielle de ses nouvelles installations. Une allocation budgétaire de 4 656 000$ sur une base annuelle avait été obtenue du MSSS en 2009-2010 pour être intégrée en fonction de la progression de l'ouverture des lits. En 2010-2011, le CSSS de Memphrémagog a réalisé l'ouverture de 24 nouveaux lits et une somme de 1 153 000$, en base annuelle, fut intégrée à son budget.

***Dr Yves Bolduc**, ministre de la Santé et des Services sociaux lors de l'inauguration du réaménagement de l'aile A du CHUS – Hôtel-Dieu.*

Consolidation

Les activités de consolidation exigées par le gouvernement depuis l'exercice 2007-2008 se sont poursuivies, et ce, en collaboration avec les établissements publics de la région. En 2010-2011, un comité formé de représentants de certains établissements et de l'Agence fut mis sur pied afin de déterminer les procédures régionales à mettre en œuvre pour faciliter les travaux de consolidation.

Abolition de la facturation des services de laboratoires (biologie médicale) et des services diagnostiques

Afin de répondre aux exigences du MSSS, la facturation intrarégionale des services de laboratoire a cessé depuis le 1er avril 2010. Depuis le 1er avril 2011, c'est la facturation intrarégionale des services diagnostiques qui fut aussi abolie. À ce sujet, des ajustements aux enveloppes budgétaires des établissements seront bientôt effectués. En ce qui a trait aux facturations interrégionales des services de laboratoire et des services diagnostiques, l'abolition est également effective depuis le 1er avril 2011. Uniquement pour les services de laboratoire, une évaluation est présentement effectuée par le MSSS afin que les enveloppes régionales soient ajustées.

Acquisition de logiciels pour permettre la prise d'inventaire des équipements appartenant à l'Agence ainsi que pour la gestion des acquisitions de biens et services

L'Agence a fait l'acquisition d'un logiciel permettant d'avoir une liste des inventaires de ses équipements à jour. La prise d'inventaire des équipements a été effectuée et chacun fut étiqueté. Ceci permettra une meilleure gestion des équipements, de leurs déplacements et des remplacements.

De plus, l'Agence s'est aussi dotée d'un module de gestion d'acquisitions de biens et services qui s'est greffé au système comptable actuel. Auparavant, les achats étaient autorisés et payés seulement lors de la réception des factures, occasionnant parfois de longs délais. Avec ce progiciel, les autorisations par les gestionnaires se font lors de la réquisition de l'achat de façon électronique. De plus, ces achats apparaissent aux livres comptables dès qu'ils sont autorisés, permettant ainsi un meilleur suivi budgétaire, surtout en cette période d'optimisation des ressources.

4.1.7.2 Ressources matérielles

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

En cours d'année, l'Agence a reçu le projet final du programme fonctionnel et technique visant le projet d'agrandissement au CSSS du Haut-Saint-François. Celui-ci a été analysé en étroite collaboration avec l'établissement. Le dossier a par la suite été transmis au MSSS pour autorisation de procéder à la phase conception.

Projet du Centre de santé et de services sociaux du Granit

En cours d'année, le MSSS a émis un avis de pertinence partielle mais favorable en ce qui concerne la relocalisation du secteur des soins intensifs. Pour ce qui est de la partie du projet relié à la mise aux normes du secteur de soins longue durée (SLD), et qui nécessite un agrandissement, le MSSS continue son analyse en lien avec la mise à jour de critères nationaux à cet effet. En fin d'année, cette mise à jour est toujours attendue. Les suivis requis seront assurés par l'Agence au cours de l'exercice subséquent.

Projet du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont

Concernant le projet d'agrandissement du site Fleurimont, le MSSS a autorisé la mise à l'exécution du volet 1 du projet. Par l'intermédiaire de sa participation au Comité directeur du projet, l'Agence assure un suivi en étroite collaboration avec l'établissement et la Commission d'hébergement du Québec (CHQ), gestionnaire du projet. En fin d'année, le CHUS est à compléter les plans et devis définitifs en vue d'un appel d'offres planifié en juin 2011.

En ce qui concerne les volets 2 et 3 de ce projet, l'Agence a continué de collaborer avec l'établissement et le MSSS sur cette partie du dossier en vue de l'obtention de l'avis de pertinence et de son autorisation de mise à l'étude par le Ministère.

Relocalisation de la clientèle de la Maison St-Georges

À la suite du dernier rapport du Conseil québécois d'agrément, il a été mis en relief que l'intimité des personnes hébergées à la Maison St-Georges était grandement déficiente. En effet, l'aménagement de style cubicule des 29 chambres dans un espace très restreint ainsi que la localisation des salles de bains et des toilettes accentuent le manque d'intimité considérant la mixité des clientèles (H/F).

Devant l'exigüité du terrain et les contraintes architecturales du bâtiment, l'établissement et l'Agence ont travaillé ensemble à trouver des solutions optimales pour corriger la situation. Il s'en suit un projet de relocalisation de ces services sur le site du Centre Jean-Patrice Chiasson où un projet d'agrandissement du bâtiment existant permettra de reloger adéquatement les services et la clientèle de la Maison St-Georges. De plus, le regroupement de ces deux entités sur un même site est une opportunité d'arrimage et d'intégration des services pour les clientèles avec une double problématique (dépendance et santé mentale). Ceci favorisera également une meilleure synergie entre les ressources des différents programmes-services et programmes-supports de ces deux établissements.

4.1.7.3 Ressources informationnelles et technologiques

Projet régional d'informatisation de l'Estrie (PRIE)

Ce projet vise à implanter dans toute la région le dossier clinique informatisé (DCI) Continuum Ariane, développé au CHUS, afin de couvrir, dans un premier temps, les cinq services suivants: imagerie médicale, laboratoire, historique biopsychosociale, registre de vaccination et demande de services.

En février, la migration du DCI Continuum Ariane d'une ancienne technologie à la base de données CACHÉ, afin d'en améliorer la capacité d'évolution et la performance, a été complétée. On en a profité pour implanter la plateforme d'intégration Ensemble qui servira à rattacher des composantes externes au DCI. Cette étape importante ouvre la voie à l'intégration de nouvelles fonctionnalités telles que celles qui soutiennent le laboratoire et la pharmacie.

Par ailleurs, vers la fin de l'exercice, les trois principaux centres de traitement informatiques de la région ont été regroupés dans deux sites, l'un à l'Hôpital Fleurimont et l'autre à l'Hôtel-Dieu.

Dossier de santé du Québec

En 2010-2011, les discussions se sont poursuivies avec le MSSS afin de conclure une entente visant à déployer le Dossier de santé du Québec sans nuire à l'implantation du DCI Continnum Ariane qui demeure la priorité de la région.

Soutenir la migration RTSS – RITM

L'Estrie compte 61 édifices rattachés au réseau RTSS dont la moitié à haute vitesse par le bais d'un lien de fibre optique. À terme, le projet de migration vers le RITM prévoit offrir un lien à haute vitesse à une vingtaine de points de services supplémentaires pour un total de 50 sur 61. Dans notre région, ce projet met à contribution un coordonnateur régional appuyé d'un coordonnateur local dans chaque établissement.

Bien que la migration devait se terminer en 2010, l'importance de la tâche a amené quelques délais. Au 31 mars 2011, les liens de télécommunications de 54 édifices avaient migré au réseau RITM, ce qui représente un pourcentage de réalisation près de 90 %.

Orientations régionales pour le Technocentre régional de l'Estrie

À la suite des travaux qui se sont échelonnés d'avril à novembre 2010, la région s'est dotée de nouvelles orientations en matière de technologies de l'information pour le Technocentre régional. Ces orientations couvrent l'optimisation, le financement, la satisfaction de la clientèle, la mobilisation des employés et les arrimages avec les attentes du MSSS.

Des travaux de mise en œuvre de ces orientations favorisant la participation des établissements ont débuté vers la fin de l'exercice et s'étaleront sur plusieurs mois. Ils s'adapteront à la capacité des établissements à libérer leurs ressources souvent limitées.

4.2 Enjeu 2

Maximisation de notre capacité d'attraction, de rétention et d'adaptation à l'évolution de la pénurie actuelle et appréhendée en ressources humaines, dans l'ensemble du Réseau

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

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

En 2010-2011, l'Agence s'est concentrée à consolider ses acquis dans un contexte de changements organisationnels régionaux et provinciaux.

4.2.1 *Orientation 8 :* AUGMENTER LE POUVOIR D'ATTRACTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

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

En Estrie, plusieurs salons se sont tenus en 2010-2011 et l'Agence a participé à l'organisation régionale afin que soient représentés les différents établissements, lors des trois événements suivants :

- le Salon de formation professionnelle et technique en Estrie, les 20, 21 et 22 octobre 2010, où le réseau de la santé et des services sociaux s'est retrouvé comme secteur vedette avec l'îlot santé;
- le Salon des employeurs en santé de l'Estrie, à l'Agence, le 31 janvier 2011;
- le Salon Priorité-Emploi 2011, les 25 et 26 mars 2011.

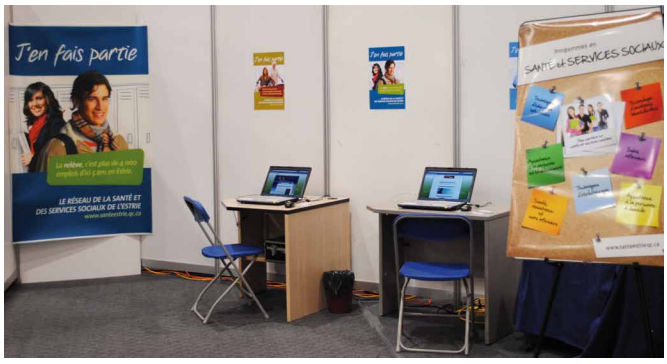
Ces salons rejoignent stratégiquement les trois clientèles visées, soit les jeunes qui doivent faire un choix de carrière, les étudiantes et les étudiants voulant intégrer les établissements du RSSS et les personnes sur le marché du travail qui désirent intégrer le réseau.

4.2.1.1 *Recrutement de la main-d'œuvre*

Diversification du bassin de main-d'œuvre potentielle

Un projet d'intégration d'infirmières colombiennes en Estrie, en partenariat avec le Cégep de Sherbrooke et trois établissements du réseau, a permis de recruter quinze infirmières en Colombie. Elles sont toujours en phase de terminer leurs démarches pour être intégrées comme infirmières régulières dans trois établissements de l'Estrie dans la prochaine année.

En collaboration avec des partenaires de l'éducation et de l'immigration, huit personnes immigrantes ont été intégrées comme préposées aux bénéficiaires dans deux établissements de l'Estrie. Ces personnes ont des formations liées au domaine de la santé et des services sociaux dans leur pays qui ne peuvent être reconnues par les ordres professionnels du Québec sans démarches à plus ou moins long terme.



Définition des stratégies de recrutement régional

Plusieurs stratégies de recrutement ont été poursuivies en Estrie. Notamment, les outils promotionnels suivants ont été distribués :

- sacs réutilisables «J'en fais partie»;
- lanières pratiques «J'en fais partie»;
- fiches cartonnées «J'en fais partie» présentant une liste des programmes d'études offerts en Estrie.

Soutien à la préparation à l'emploi

Le projet *Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé et services sociaux* (PRIMOSSS) s'est terminé. Des travaux ont été faits afin d'assurer le transfert de projets novateurs vers d'autres établissements du réseau. De plus, une structure assurant sa pérennité a été adoptée par la TCRE afin de continuer à développer des milieux de stage et de préparer la relève à leur intégration dans nos milieux de santé et de services sociaux.

Le service de placement étudiant s'est poursuivi à l'été 2010. L'embauche de deux superviseurs, le lancement, les inscriptions au recrutement régional et un suivi des embauches résultent de cet exercice. Les travaux se sont poursuivis en 2011 par un service en ligne sur le site Internet de l'Agence, section « Emplois ». Ce service s'adressait aux étudiantes et aux étudiants de certains programmes d'études visant l'intégration de la relève du RSSS. Plusieurs établissements ont participé à cet exercice.

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

- santé, assistance et soins infirmiers (infirmière auxiliaire et infirmier auxiliaire);
- assistance à la personne en établissement de santé (préposée et préposé aux bénéficiaires);
- assistance à la personne à domicile (auxiliaire aux services de santé et sociaux);
- soins infirmiers (infirmière et infirmier).

De plus, des travaux se poursuivent afin d'implanter un outil informatique pour la gestion et la planification des stages en soins infirmiers et soins d'assistance. Cette application Web vise à soutenir le réseau de la santé et de l'éducation. Ce logiciel s'intitule HSPnet (Health Sciences Placement Network, pour Réseau de gestion des stages en sciences de la santé).

4.2.2 *Orientation 9 :* AMÉLIORER LES PROCESSUS DE RECRUTEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

4.2.2.1 *Recrutement de la main-d'œuvre*

Actualisation du plan de main-d'œuvre

Afin d'actualiser le *Plan de main-d'œuvre 2010-2011*, l'Agence a poursuivi l'implantation du cadre normatif en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO). De plus, elle soutient les établissements relativement à l'harmonisation des données régionales par le biais d'un outil standard répondant aux normes ministérielles, et ce, par un module du logiciel Logibec nommé PMO-PPE (Planification de la main-d'œuvre - Plan prévisionnel des effectifs). Également, la nouvelle solution d'intelligence d'affaires SIRH (Système d'information des ressources humaines) est disponible actuellement à l'Agence et au MSSS. Le SIRH propose une base de réflexion, de recherche et de prises de décisions en matière de gestion des ressources humaines en lien, notamment, avec les six indicateurs du cadre normatif ministériel en GPMO.

4.2.3 *Orientation 10 :* ACCROÎTRE LE TAUX DE RÉTENTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE DANS L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DU QUÉBEC

4.2.3.1 *Rétention de la main-d'œuvre*

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

Afin d'attirer et de retenir le personnel infirmier, un programme de soutien clinique, volet préceptorat, est offert aux établissements par le MSSS. Ce programme permet à huit établissements de notre région d'offrir un programme en fonction de ses réalités. De plus, une demi-journée de mentorat s'est déroulée le 23 février 2011 auprès de seize participantes.

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

Afin de permettre un partage de l'information et des outils, un babillard régional a été alimenté en continu à l'intention des sept CSSS visés par les projets d'organisation des soins et du travail en CHSLD. De plus, un plan régional de formation a été réalisé en partie pour l'ensemble des partenaires visés par ces sept projets. En 2010-2011, deux thématiques différentes de formation ont été diffusées et ont permis 44 participations à ces activités dans le cadre de l'important projet régional d'organisation du travail en CHSLD.

En outre, trois niveaux de concertation régionale ont été actifs pour un avancement optimal de l'évolution des pratiques cliniques et du travail; il s'agit d'un comité stratégique (une directrice ou un directeur général, les syndicats régionaux et l'Agence), d'un comité tactique (les sept personnes chargées de projet et les syndicats régionaux) et sept comités opérationnels (pour les sept CSSS visés et les syndicats).

Soutien au développement en réseau de la transformation du travail

En 2010-2011, le projet TOT (Transformation de l'organisation du travail) en santé mentale, regroupant trois établissements de la région et ayant comme objectif d'améliorer leur travail en réseau afin de mieux répondre au besoin de la clientèle en santé mentale, a été actif.

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

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

- réorganisation du travail en CHSLD (dépôt du rapport final en février 2011);
- PRIMOSSS (dépôt du bilan sommaire 2008-2010 en février 2011);
- projet BATH (Besoin d'aide technique lors de l'hygiène) en ergothérapie et en milieu communautaire (en cours);
- activité de formation sur les difficultés langagières (projet en orthophonie) au CRDITED (dépôt du rapport final en avril 2011);
- formation des infirmières et des infirmiers auxiliaires au bloc opératoire (CHUS) (terminée le 31 mars 2010 et rapport d'évaluation de l'intégration déposé en mai 2010);
- programme d'intéressement au rôle d'infirmière praticienne spécialisée et d'infirmier praticien spécialisé (IPS) en soins de première ligne (3 IPS ont intégré jusqu'à maintenant deux établissements et 11 de plus sont prévues jusqu'en 2017).

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

En parallèle à tous ces projets, la diffusion du programme national de formation continue des préposées et préposés aux bénéficiaires *Agir auprès de la personne âgée*, qui s'est poursuivie au cours de l'année, permet de rehausser leurs compétences afin d'agir de façon optimale auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. La diffusion de ce programme de formation et la réalisation des projets d'organisation du travail permettent une synergie intéressante favorisant une amélioration de la qualité des services dans ces milieux.

De plus, la formation nationale portant sur la contribution des infirmières et infirmiers auxiliaires (IIA) à la thérapie intraveineuse vise notamment une meilleure organisation du travail des soins infirmiers dans les centres hospitaliers. Cinq établissements de la région sont interpellés par celle-ci et ont commencé sa planification et sa diffusion à l'automne 2009. En tout, 388 infirmières et infirmiers auxiliaires de la région bénéficieront de cette formation. Au 31 décembre 2010, 309 infirmières et infirmiers auxiliaires l'avaient réussie et 246 pratiquaient déjà la thérapie intraveineuse dans leur établissement respectif.

4.2.4 *Orientation 11 :* POSITIONNER LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES AUPRÈS DES EMPLOYEURS ET DU PERSONNEL DU SECTEUR, COMME SOURCE PRIVILÉGIÉE DE MOTIVATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS

4.2.4.1 Développement des compétences des ressources humaines

La *Planification régionale en matière de développement des compétences des ressources humaines du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie – Plan stratégique 2010-2013* a été adoptée par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, lors de son assemblée du 13 octobre 2010. De plus, le *Cadre régional de gestion en matière de développement des ressources humaines du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie* a été adopté par le conseil d'administration lors de son assemblée du 13 octobre 2010.

Dans ce contexte, voici les principales réalisations de l'An 1 (2010-2011) de la planification régionale dans le secteur du développement des compétences en Estrie :

- élaboration de PRF (Plan régional de formation) pour les programmes-services JED, DI-TED et DP (également consultation effectuée auprès de la CMURE, CIRE et du CRDPE);
- mise en place d'un système de rétro-information et de cueillette de données en lien avec la programmation annuelle réseau.

4.2.5 *Orientation 12 :* BONIFIER LA PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES EN FONCTION DES BESOINS SPÉCIFIQUES DES ÉTABLISSEMENTS

4.2.5.1 Développement des compétences des ressources humaines

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

C'est avec la collaboration des comités directeurs, mis en place afin de coordonner l'actualisation des orientations régionales en lien avec les différents programmes-services ainsi que les différentes tables régionales mandatées pour des problématiques spécifiques comme la qualité et la communication, que l'Agence planifie ces activités de développement des compétences. À la suite d'une priorisation des besoins avec ces instances régionales, une programmation annuelle est développée et mise en œuvre par les services des ressources humaines de l'Agence.

En 2010-2011, 2 043 membres du personnel gestionnaire et salarié du réseau estrien ont participé aux 122 activités en développement des compétences offertes par l'Agence.

De plus, des programmes de formation ont été planifiés par l'Agence et offerts en collaboration avec des partenaires : le programme de formation Agir auprès des personnes âgées pour le personnel préposé aux bénéficiaires (PAB) :

- Ce programme est diffusé avec la collaboration du Centre de formation professionnelle 24-Juin. Au cours de l'année 2010-2011, différents ateliers offerts aux membres du personnel désignés pour la formation des PAB dans leur établissement ont été effectués; les données quantitatives seront cependant reçues le 30 septembre prochain pour l'année visée. D'autres ateliers seront aussi diffusés en 2011-2012 pour compléter la formation du personnel concerné.

Le personnel d'encadrement et la relève

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

Au 31 mars 2011, 38 personnes étaient en formation au premier cycle et 45 personnes au deuxième cycle.

Aussi, dans le cadre des rendez-vous du personnel d'encadrement, une activité régionale de formation a été tenue le 4 juin 2010 ayant comme thématique la «Mobilisation des équipes de travail» en présence de Monsieur Michel Tremblay, professeur titulaire au service de l'enseignement de la gestion des ressources humaines des HEC Montréal et titulaire de la Chaire de commerce Omer DeSerres. Cent trente neuf personnes ont assisté à cette activité.

4.2.6 *Orientation 13 :* DÉVELOPPER UNE IMAGE DE MARQUE ET D'EMPLOYEURS DE CHOIX DANS NOTRE RÉGION AUX YEUX DES CANDIDATES ET DES CANDIDATS, AINSI QUE DU PERSONNEL

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

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

Une nouvelle campagne régionale de recrutement a été lancée en Estrie. Sous le thème « L'Estrie t'applaudit », elle a comme objectif principal d'attirer les finissantes et les finissants en santé et services sociaux hors de la région estrienne en leur présentant, par une approche novatrice, nos établissements et leur offre de service.

La poursuite d'approches novatrices, comme Planetree au Centre de réadaptation Estrie (CRE), au Centre jeunesse de l'Estrie (CJE), au CSSS du Granit et au CSSS du Val Saint-François ainsi qu'Entreprise en santé au CSSS-IUGS et au CRE, favorise le développement d'une image de marque et d'employeurs de choix dans notre région.

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

L'Agence, le Cégep de Sherbrooke et le réseau des établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie ont mis en place un programme d'actualisation professionnelle en soins infirmiers. Six personnes sont finissantes, donc disponibles à travailler dans notre réseau. De plus, un programme du même genre a été mis en place par le Centre 24-Juin pour le programme en santé, assistance et soins infirmiers; 11 personnes ont terminé le programme et sont prêtes à intégrer le réseau.

Le réseau des établissements de santé et de services sociaux cherche à inciter les jeunes du secondaire à choisir un programme de formation pouvant leur ouvrir les portes vers une carrière dans nos établissements. À la suite des rencontres des groupes de discussion de l'année précédente, l'Agence a débuté un projet pour mettre en place des rencontres d'ambassadeur dans deux écoles privées de l'Estrie. Ce processus permettra de bien faire les choses pour intégrer plusieurs ambassadeurs qui présenteront aux jeunes des choix de carrières possibles dans le réseau de la santé et des services sociaux.

4.2.7 *Orientation 14 :* MOBILISER L'ENSEMBLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AUTOUR DU RÉSEAU ESTRIEN ET DES ENJEUX DE LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

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

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

Dans le but de faire connaître le RSSS, l'Agence a maintenu et optimisé ses partenariats, notamment avec le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC), le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et le Projet régional d'intégration en Estrie (PRIE). Des projets tels que la formation de personnes immigrantes comme PAB, l'intégration d'infirmières provenant de la Colombie, l'appui à un laboratoire de simulation au Cégep de Sherbrooke et la gestion en réseau des stages sont des exemples concrets de ce partenariat bien actif.

4.3 *Enjeu 3*

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

Plan d'action régional en santé publique (PAR)

En 2008, le MSSS a procédé à une mise à jour du *Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012.* Afin de réviser ses priorités d'actions selon ce qui avait été accompli et la révision du PNSP, la DSPE a rédigé et publié son *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 – mise à jour 2010* (PAR-SP). Pour en faciliter la compréhension, la DSPE a produit une série de fiches d'activités prioritaires. Chaque fiche s'articule autour d'une thématique de santé publique et se veut une synthèse des objectifs, des activités et stratégies d'action prévus au PNSP et aussi de l'état de situation, des enjeux et des partenariats régionaux.

En 2010, la DSPE a invité les sept CSSS de la région à procéder à la mise à jour de leur *Plan d'action local en santé publique* (PAL-SP). Afin de minimiser la redondance du travail, les CSSS se basaient sur le canevas du PAR et y inséraient l'information relative à leur réalité locale aux endroits jugés opportuns. Tous les CSSS ont complété l'exercice. Ce processus de priorisation demande un travail colossal qui a été rendu possible grâce à la collaboration d'un grand nombre d'individus œuvrant dans le réseau. Le PAR et les PAL seront la référence régionale pour l'implantation des activités du PNSP jusqu'en 2015.

Programme de subventions en santé publique (PSSP)

Afin de soutenir la réalisation de projets de recherche et d'évaluation dans le domaine de la santé publique dans chacune des régions sociosanitaires, le ministère de la Santé et des Services sociaux alloue une somme de 115 000$ par année à l'Estrie. Tous les deux ans, un concours visant les établissements du réseau public de la santé et services sociaux ainsi que les organismes communautaires reconnus par l'Agence est lancé. Pour l'édition du concours 2010-2012, cinq projets ont été tenus et financés :

- le projet d'étude *Stratégies favorisant la rétention des familles avec les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) visant à décrire les stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles de l'Estrie dans le cadre du programme SIPPE, par le CSSS du Val-Saint-François (60 000$);
- le projet d'évaluation *Mon portrait de Magog, un outil de communication entre les milieux préscolaire et scolaire pour faciliter la transition des enfants* visant à décrire l'utilisation de l'outil *Mon portrait* et de s'assurer qu'il offre un bilan valide et fidèle des acquis et des vulnérabilités des enfants, par le CSSS de Memphrémagog (35 000$);
- le projet d'évaluation *Mieux prévenir, dépister et traiter l'hépatite C en Estrie* visant l'amélioration de la compréhension de la trajectoire de services pour favoriser la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C, par le Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges (49 982$);
- le projet d'évaluation *Pratiques cliniques préventives des médecins omnipraticiens pratiquant en première ligne et des infirmières en GMF de l'Estrie : portrait de situation* visant la documentation du niveau de prestation des pratiques cliniques préventives (counseling, dépistage, vaccination, etc.) par tous les médecins omnipraticiens offrant des services de première ligne et par les infirmières en GMF, par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Agence (46 678$);
- le projet d'étude *Étude de prévalence des problématiques de santé environnementale à l'échelle des communautés* ayant pour but de soutenir la mise en place d'un système de surveillance locale de la santé environnementale sur des estimés de petite région en Estrie, par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Agence (48 285$).

4.3.1 ***Orientation 15 :*** ACCENTUER LES MESURES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, ET DE PRÉVENTION PRIMAIRE DES MALADIES DANS TOUS LES DOMAINES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

4.3.1.1 *Habitudes de vie et maladies chroniques*

Portrait des habitudes de vie des jeunes Sherbrookois de 4 à 17 ans

Au cours de la dernière année, l'analyse des données du *Portrait des habitudes de vie des jeunes Sherbrookois de 4 à 17 ans* s'est poursuivie. Pour permettre aux porteurs des dossiers des saines habitudes de vie et du développement des communautés d'avoir des données plus précises, celles-ci ont été analysées sous l'angle des communautés locales. Ainsi, cela permet de mieux orienter les interventions. Par ailleurs,

un croisement des données en alimentation et celles en activités physiques et sportives a aussi été fait dans le but de vérifier s'il y avait des tendances qui ressortaient entre les enfants qui atteignent les recommandations d'experts et les autres.

Promotion des saines habitudes de vie et prévention des maladies chroniques

En 2010-2011, les travaux se sont poursuivis pour le déploiement du Programme intégré 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Voici le bilan 2010-2011 selon les champs d'activité retenus jusqu'en 2015, en fonction des aspects organisationnels et fonctionnels de l'implantation du programme, de même que les activités en lien avec les approches environnementales et individuelles :

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

- Animation du sous-comité régional 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION;
- Partenariat avec l'organisme Québec en Forme (QEF) et les regroupements de partenaires pour soutenir les projets des milieux locaux;
- Poursuite de l'animation des rencontres du Comité régional estrien en collaboration avec la Conférence régionale des élus de l'Estrie. Ce comité est composé des différents partenaires et organismes interpellés par le *Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et de la prévention des problèmes reliés au poids : Investir pour l'avenir 2006-2012* (PAG);
- Collaboration à la rédaction du projet régional *Bien manger, bien bouger* financé par le Fonds QEF pour la promotion des saines habitudes de vie, dans le cadre du PAG;
- Élaboration de la formation sur le Programme intégré 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION et rencontre des équipes locales des sept CSSS de l'Estrie lors d'une tournée régionale.

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

- Réalisation de la campagne Plaisirs d'hiver. Environ 60 municipalités et les six arrondissements de Sherbrooke ont organisé près de 90 activités familiales, et quelque 25 écoles primaires ont offert des activités spéciales ou un environnement plus favorable aux sports d'hiver à leurs élèves;
- Participation au Défi santé 5/30 Équilibre et collaboration avec *Sherbrooke Ville en santé* pour le volet intermunicipal. Pendant la durée du défi, soit du 1er mars au 11 avril 2011, 7 169 personnes de la région de l'Estrie se sont inscrites (comparativement à 6 614 en 2010). La municipalité de Sherbrooke s'est engagée à nouveau cette année pour faire la promotion de ce défi auprès de ses citoyens;
- Participation à la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac et au Défi J'Arrête, j'y gagne! Durant ce défi, tenu du 1er mars au 11 avril 2011, 968 personnes, soit 40 % de plus que l'an dernier, se sont inscrites;

- Participation au programme Fruits et légumes en vedette, en partenariat avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ). Pour l'année 2011, 15 restaurants de l'Estrie se sont engagés à améliorer leur offre alimentaire en incluant davantage de fruits et de légumes dans leurs menus;

- Soutien à la réalisation de sept activités communautaires dans le cadre de la *Journée nationale du sport et de l'activité physique* (JNSAP);
- Participation au site Internet du Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION : www.0-5-30.com, section Estrie.

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

- Animation du groupe de travail sur les politiques alimentaires dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
- Élaboration de la *Politique pour une saine alimentation* de l'Agence, adoptée par le conseil d'administration le 21 juin 2010;
- Collaboration à des projets provinciaux sur le territoire : Mon école à pied, à vélo.

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

Milieu scolaire

- Collaboration à la Table régionale sur les arrimages de divers partenaires offrant différents programmes, approches et mesures à implanter dans les milieux scolaires;
- Développement d'une approche régionale de soutien pour favoriser l'amélioration de l'aménagement, de l'organisation et de l'animation des cours d'écoles primaires dans le dossier Cour d'école. Soixante-trois écoles primaires se sont engagées dans l'implantation de la trousse de Kino-Québec *Ma cour: un monde de plaisir!* avec le soutien de nombreux partenaires régionaux et locaux;
- Réalisation conjointe avec la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) d'un outil vidéo pour la promotion des projets Cour d'école;
- Analyse de programmes en lien avec l'approche École en santé et le renouveau pédagogique, à la demande des CSSS;
- Attribution de 16 bourses *École active* à des écoles primaires et secondaires totalisant 8 500 $ pour des projets d'aménagement du milieu favorisant la pratique d'activités physiques, la sécurité et la saine alimentation;
- Soutien à l'implantation du Programme Mon école à pied, à vélo de Vélo-Québec sur les déplacements actifs et collaboration à sa mise en œuvre dans sept écoles de la Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke et une école de la Commission scolaire des Hauts-Cantons.

Milieux municipal, communautaire et associatif

- Soutien au Programme Viactive par le biais d'une entente avec l'organisme Sercovie. Quelque 2 839 personnes ont participé chaque semaine à des séances d'exercices animées par environ 172 personnes bénévoles dans 160 regroupements de l'Estrie;
- Participation à titre de partenaire du Centre de la mobilité durable de Sherbrooke aux étapes de diagnostic et d'élaboration des scénarios d'éducation;
- Collaboration au comité Municipalité amie des aînés (MADA) avec la Ville de Sherbrooke;
- Réalisation de deux sessions de formation supplémentaires en hygiène et salubrité en contexte d'aide alimentaire pour les gestionnaires des organismes concernés, ce qui porte à 33 le nombre de gestionnaires formés et attestés.

Établissements du réseau de la santé et des services sociaux

- Accompagnement et soutien des établissements dans l'adoption et l'implantation de leur politique alimentaire. La compilation des données montre que tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la région ont une politique alimentaire adoptée par leur conseil d'administration;
- Collaboration à l'élaboration d'un plan de formation pour le personnel impliqué dans la préparation et le service d'aliments dans les établissements de santé;

- Élaboration et diffusion de matériel et d'outils pour la promotion de politiques alimentaires dans les établissements;
- Participation à l'organisation d'une dégustation de produits santé destinée aux personnes responsables des achats alimentaires dans les établissements;
- Participation aux travaux provinciaux portant sur la mise en œuvre des politiques alimentaires.

Déploiement d'actions en regard des facteurs individuels

Pratiques cliniques préventives en lien avec les habitudes de vie

Counseling de longue durée

Selon les données recensées pour l'année 2010-2011, 381 fumeurs ont reçu des services de cessation dans les sept centres d'abandon du tabagisme (CAT) de l'Estrie (338 fumeurs en individuel et 43 en groupe), ce qui représente 766 interventions de counseling de longue durée en cessation tabagique. De plus, le nombre d'interventions de counseling de longue durée en alimentation est de 888 (960 pour l'année 2009-2010) et celui sur l'activité physique est de 419 interventions (723 pour l'année 2009-2010). L'offre de counseling de courte durée 0•5•30 dans les services courants de santé des CSSS est encouragée, mais aucune donnée n'est disponible.

Soutien à l'intégration du counseling

- Formation sur l'*Intervention tabagique dans les centres d'abandon du tabagisme de l'Estrie (CAT) – Mise à jour 2010* offerte le 3 décembre 2010 à partir du :
  - Guide du conseiller – 2e édition, MSSS
  - Guide pratique d'intervention tabagique dans les CAT de l'Estrie, ASSSE;
- Soutien aux CSSS dans les activités en lien avec le counseling sur les saines habitudes de vie;
- Implantation d'une feuille de collecte de données harmonisée pour les fumeurs consultant pour la première fois au CAT (par l'Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]);
- Participation à la saisie des données (régionales et provinciales par l'INSPQ) de la feuille de collecte de données pour une période de quatre mois, à partir du 1er mars 2010, afin de dresser un portrait de la clientèle des CAT;
- Tournée (rencontre ou conférence téléphonique) des CAT des CSSS pour donner de l'information sur la feuille de collecte de données harmonisée, la saisie des données et l'ordonnance collective de Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), pour les fumeurs consultant pour la première fois au CAT.

Santé buccodentaire

La Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) a participé aux travaux nationaux concernant l'élaboration d'une formation nationale sur les *Critères de sélection pour l'application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire.*

La DSPE a accompagné et soutenu la Ville de Richmond dans la réalisation des travaux nécessaires au système de fluoration des eaux de consommation selon les normes et directives en vigueur au Québec. Le montant total de l'aide financière alloué à la Ville de Richmond par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'implantation de la fluoration et les modifications nécessaires au système est de 274 724 $.

La DSPE a assuré le soutien à la réalisation du *Programme public de services dentaires préventifs* dans toutes les écoles primaires de la région de l'Estrie. Voici quelques résultats en lien avec ce programme (année scolaire 2009-2010) :

Nombre d'écoles où le programme a été appliqué (toutes les écoles primaires)	107
Nombre d'enfants qui ont bénéficié d'un dépistage dentaire	5 854
Nombre d'enfants référés aux dentistes pour traitements	431
Nombre d'enfants à risque élevé de carie, suivis par les intervenants du programme	1 216
Nombre d'applications topiques de fluorure	2 780
Nombre d'activités éducatives individuelles	2 787
Nombre d'enfants qui ont bénéficié d'agents de scellement	1 193
Nombre de dents scellées	4 611

Les résultats de l'année scolaire 2010-2011 seront disponibles en juillet 2011.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

L'objectif principal du PQDCS est de réduire d'au moins 25 %, sur une période de dix ans, la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Afin de rencontrer cet objectif, il est important d'atteindre et de maintenir la participation au programme d'au moins 70 % des femmes admissibles et d'offrir des services de grande qualité. En Estrie, le taux de participation au programme plafonne autour de 65 % depuis quelques années.

Par ailleurs, la littérature scientifique souligne la nécessité de mieux informer les femmes sur les avantages et les inconvénients du dépistage du cancer du sein. Dans ce sens, le MSSS a revu les outils d'information destinés aux femmes. La diffusion de deux nouveaux dépliants et d'un nouveau formulaire de consentement débutera en juillet 2011.

Le Comité régional d'assurance de la qualité s'est réuni en décembre 2010. Le délai d'accès à l'échographie mammaire pour toutes les femmes, participantes et non participantes, s'améliore. La diminution du nombre de médecins volontaires, prêts à faire le suivi de mammographies anormales pour les femmes sans médecin de famille, y est discutée.

Un groupe de travail PQDCS, relevant du Comité directeur du programme Santé publique, a vu le jour en 2008 et s'est penché sur la gouverne du programme en Estrie. Ce groupe deviendra permanent à partir de l'automne 2011 et se réunira deux fois par année. Son mandat est de favoriser les liens avec les partenaires et d'assurer la bonne marche du programme dans la région 05. La priorité retenue pour la prochaine année est l'organisation du soutien psychosocial aux Estriennes en attente de résultats dans le cadre du PQDCS.

Les travaux pour l'implantation d'un Centre satellite de dépistage désigné du CHUS au CSSS du Granit sont poursuivis et ont reçu l'aval du MSSS.

Un sondage réalisé en mai 2010 auprès d'un échantillon initial de 2 000 femmes participantes au PQDCS en Estrie, a permis d'évaluer le niveau de satisfaction des participantes en regard des services reçus du programme et des services dans chacun des centres de dépistage désignés et du centre de référence pour investigation désigné. Le sondage a également permis d'évaluer la perception des participantes en regard du programme lui-même et d'identifier les facteurs associés à l'intention d'y adhérer.

Cette étude évaluative s'inscrit dans une démarche d'assurance de la qualité du programme. Les résultats serviront principalement à améliorer la qualité des services offerts aux femmes et à élaborer de meilleures stratégies de communication pour fidéliser les femmes déjà participantes au programme et inciter les autres à participer.

4.3.1.2 Traumatismes non intentionnels

Interventions en prévention des chutes

La prévention représente un des facteurs favorisant le maintien de l'autonomie chez les personnes âgées. Considérant que chez les plus de 65 ans, une personne sur trois est victime d'une chute annuellement, le continuum en prévention des chutes demeure un élément important contribuant au maintien de leur autonomie. En Estrie, les deux programmes de prévention des chutes sont disponibles dans chacun des territoires des CSSS. Ce sont 390 personnes de 65 ans ou plus ayant chuté qui ont reçu une intervention dans le cadre du programme personnalisé offert par les CSSS. Ce programme d'une durée de 12 à 18 mois comporte le dépistage et le suivi de cinq facteurs de risque. Un portrait qualitatif de l'intervention personnalisée a été dégagé à la suite d'un sondage réalisé auprès des CSSS. Ce portrait permet de faire ressortir les forces et les points à améliorer de l'intervention multifactorielle personnalisée. L'intervention multifactorielle non personnalisée, le programme P.I.E.D., offerte aux personnes de la communauté préoccupée par leur équilibre a été suivie par 343 personnes.

Un projet pilote de 36 semaines d'exercices en prévention des chutes pour une clientèle ciblée est en cours de réalisation à Sherbrooke. Ce projet pilote vise à valider si au terme des 36 semaines d'exercices, les participants sont habiletés à progresser vers un groupe P.I.E.D. ou un autre programme d'exercices de la communauté.

Sécurité des usagères et des usagers de véhicules hors routes

Mise en application de lignes directrices sur la gestion des risques à l'intention des clubs de véhicules hors routes (VHR). L'ensemble du réseau estrien de motoneiges et de quads a été répertorié afin d'identifier et de localiser les éléments qui présentent des risques à la pratique sécuritaire de ces activités récréatives.

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

Lors de visites à domicile, les intervenants du Programme intégré 0-5 ans remettent aux parents du matériel de sécurité. Ce matériel, appuyé par des actions éducatives des intervenants auprès des parents, vise à diminuer les traumatismes non intentionnels chez les tout-petits. Ainsi, les parents sont informés des différents risques de traumatismes selon le stade de développement et sont encouragés à adapter leur domicile pour en diminuer le risque. Un projet de production de capsules d'information et de sensibilisation sur les traumatismes a été présenté aux membres du sous-comité du *Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0-5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité*. Ces capsules sont destinées aux parents d'enfants fréquentant les CPE et aux organismes du secteur famille.

Sécurité des cyclistes

Le programme de formation des patrouilleurs volontaires a été intégré aux nouvelles structures administratives de la Ville de Sherbrooke. Les dimensions transport actif et développement durable font partie des compétences des patrouilleurs.

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

L'ensemble de la clientèle bénéficie d'un continuum d'activités de promotion de l'utilisation adéquate des différents dispositifs de retenue. Cette année, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie a de plus contribué au financement de la distribution gratuite de sièges par l'organisme communautaire Naissance Renaissance Estrie.

Projet en matière de sécurité dans les sports de glisse

Le *Programme de sensibilisation à la sécurité chez les jeunes du primaire qui participent aux classes neige* a rejoint plus de mille élèves de la région de Sherbrooke. Les parents ont également été sensibilisés par la diffusion d'informations individualisées.

4.3.1.3 Maladies infectieuses

Plan d'action pour soutenir la vaccination 0-2 ans

Le Comité directeur du programme Santé publique a adopté le 24 mars 2011 un *Plan d'action pour soutenir la vaccination auprès des enfants âgés de 0 à 2 ans*. Ce plan vise à améliorer les couvertures vaccinales et à favoriser la vaccination en temps opportun. Trois axes d'intervention sont privilégiés simultanément :

- augmenter la demande des parents/de la population;
- augmenter l'offre de service par les vaccinateurs;
- augmenter l'accessibilité aux services.

Le plan d'action s'échelonnera sur trois ans. L'échéancier de déploiement pour les stratégies se répartira donc sur la période 2011 à 2013. Une évaluation de l'implantation sera réalisée à différents moments au cours de la mise en œuvre.

Transfert de l'entreposage et la livraison des produits immunisants à une firme privée

Le programme d'immunisation du Québec a fait l'objet de plusieurs changements au cours des dernières années. L'augmentation du volume et de la variété des vaccins a généré une pression importante sur la gestion des produits immunisants. Le dépôt régional logé à même les locaux de l'Agence ne répondait plus à la demande. Un important bris de la chaîne de froid affectant une quantité importante de produits a été l'élément déclencheur d'une réflexion qui a mené la Direction de santé publique et de l'évaluation à prendre la décision en septembre de transférer la gestion des produits à une firme privée spécialisée en la matière. Cette dernière assume la gestion des produits immunisants de la région tant au niveau de l'entreposage que de la livraison des commandes de vaccins dans les sept CSSS du territoire et à l'Agence pour les autres vaccinateurs du territoire de Sherbrooke.

Structure régionale en vaccination

La région de l'Estrie s'est dotée d'une structure régionale en vaccination. Depuis l'automne 2010, les établissements concernés par la vaccination ont nommé un responsable du programme d'immunisation ainsi qu'un responsable de la gestion des produits immunisants. De plus, les CSSS ont identifié des infirmières-ressources en vaccination. Cette nouvelle structure facilitera l'application et le suivi du programme d'immunisation.

Formation postexposition

Le groupe de travail postexposition aux liquides biologiques a terminé son mandat en septembre par l'organisation et le déploiement d'une formation sur le protocole postexposition aux liquides biologiques du CHUS. Ce protocole représente le cadre de référence régional en la matière. Compte tenu des contraintes budgétaires et de la difficulté de libérer les ressources, une formule novatrice a permis d'offrir aux participants la formation sous trois modes. En tout, 69 participants : 55 sur place, 4 en visioconférence, 2 en Facilis (BYS vidéo) ont pu assister à cette formation qui s'est échelonnée sur quatre périodes distinctes. La formation a également été enregistrée en format DVD afin de la rendre disponible au nouveau personnel concerné dans les établissements.

Programme d'accès au matériel stérile d'injection (PAMSI)

Le programme d'accès au matériel stérile d'injection vise à rendre disponible gratuitement du matériel d'injection stérile aux utilisateurs de drogues injectables dans le but de réduire le nombre d'infections par le VIH, les virus de l'hépatite C et de l'hépatite B. Les données de l'étude SurvUDI Estrie indiquent que 40 % des utilisateurs de drogue continuent, malgré tout, à partager leurs seringues, d'où l'importance que tous les centres d'accès au matériel d'injection estriens poursuivent leurs efforts quant à l'accessibilité et la promotion du programme.

Le budget alloué au PAMSI 2009-2010 était de 27 011 $; il est passé à 32 525 $ en 2010-2011. Il y a donc eu une hausse de près de 20 %. Cette hausse est explicable, entre autres, par le fait qu'il y a eu une sollicitation auprès des pharmacies à contribuer plus activement à la distribution de matériel d'injection, que certains organismes communautaires ont augmenté la quantité de matériel commandé et qu'il y a eu une hausse des prix du fournisseur provincial.

Le Programme d'accès aux condoms dans les organismes communautaires

Le programme d'accès aux condoms dans les organismes communautaires permet de prévenir les infections transmises sexuellement auprès des clientèles vulnérables. Bien que ce programme soit implanté depuis quelques années, ce dernier n'avait pas fait l'objet d'une évaluation. Un groupe d'étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke, supervisé par un médecin-conseil de la Direction de santé publique et de l'évaluation, a procédé à l'évaluation du programme. Le rapport produit a permis de conclure à la pertinence du programme. La principale recommandation porte sur le besoin d'adapter le programme afin qu'il réponde encore mieux aux besoins des organismes qui jouent un rôle clé pour rejoindre les groupes les plus à risques. Des pistes d'améliorations sont donc à prévoir en 2011.

4.3.1.4 Santé environnementale

Le Service de la protection de la santé publique – secteur santé environnementale assure la surveillance des réseaux d'eau potable et intervient lorsque requis afin de prévenir les maladies d'origine hydrique auprès de la population. Il assure également plusieurs activités de prévention et promotion en lien notamment avec différents contaminants chimiques (ex. : monoxyde de carbone) et certains contaminants de l'air intérieur ou extérieur (ex. : herbe à poux).

Au-delà de son implication à l'échelle régionale, l'équipe de santé environnementale a été un acteur important dans la réactivation du comité provincial sur la chaleur accablante, qui a élargi son mandat aux événements climatiques extrêmes. En plus de contribuer à l'amélioration et à l'harmonisation des pratiques entre les régions, la DSPE a orchestré l'organisation d'une *Journée provinciale d'échange sur la chaleur accablante : aspects santé publique*, qui a notamment contribué à resserrer les liens entre différents partenaires et à identifier les enjeux et besoins pour améliorer les pratiques.

L'expertise de l'équipe de santé environnementale a été mise à contribution dans le cadre d'un projet de dépistage du radon réalisé conjointement par le MSSS, le MELS et l'INSPQ dans 65 écoles primaires situées dans trois zones d'investigation prioritaire au Québec (Gaspésie, Outaouais et Laurentides).

4.3.1.5 Santé au travail

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

Le personnel professionnel en santé au travail de la DSPE a participé activement à des travaux provinciaux, notamment dans les dossiers suivants : processus d'amélioration continue de la qualité des pratiques, système informatique en santé au travail et refonte du portail en santé au travail. Le Service de la santé au travail s'est aussi impliqué dans le soutien à l'organisation d'événements nationaux et régionaux, tels le Grand Rendez-vous santé et sécurité du travail et le colloque régional faisant la promotion de l'innovation en matière de santé et sécurité dans les entreprises de l'Estrie.

Dans la région, une démarche ayant pour objectif d'harmoniser et de soutenir la qualité des programmes de santé spécifiques à l'établissement s'est poursuivie en 2010, avec la collaboration de l'équipe de santé au travail du CSSS du Haut-Saint-François. Parallèlement à cette démarche d'harmonisation, notons la mise en œuvre d'un processus d'amélioration continue par le biais de l'élaboration de fiches de risque visant à encadrer les pratiques.

En 2010, en suivi au programme d'intervention régional *Fumées de caoutchouc*, des activités de caractérisation des sites d'entreposage des entreprises de transformation du caoutchouc ont été débutées afin de déterminer le niveau de nitrosamines émises par le caoutchouc refroidi. À la lumière des résultats obtenus, la pertinence de la demande de soutien de l'Agence à la recherche auprès de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) sera réévaluée. L'application de ce programme a permis de mettre en place de nombreuses améliorations en regard de l'exposition des travailleurs dans les milieux concernés. Le principal enjeu consiste maintenant à s'assurer de la permanence des correctifs.

4.3.1.6 Développement, adaptation et intégration sociale

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

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

- La production et la diffusion du bilan annuel du *Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité* (aussi appelé Programme intégré 0-5 ans). Le bilan indique que :
  - les familles ont été nombreuses à recevoir les services des établissements impliqués dans ce programme, c'est-à-dire les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et la Villa Marie-Claire;
  - durant l'année 2010-2011, 619 femmes enceintes et 1 099 enfants âgés entre 0 et 5 ans ont été rejoints, ce qui représente 100 % de la clientèle visée;
  - les familles bénéficient d'interventions à domicile sur une base régulière;
  - les enfants fréquentent un milieu de garde dans 40 % des cas;
  - les organismes communautaires « famille » offrent divers services et activités à la clientèle du programme dans l'ensemble des territoires de l'Estrie;
  - la concertation clinique et intersectorielle se poursuit.
- L'organisation de formations destinées au personnel du Programme intégré 0-5 ans, telles que :
  - des activités de formation et de supervision sur l'attachement parents-enfant, adaptées aux besoins et à la réalité de chacune des équipes locales 0-5 ans;
  - une activité de supervision portant sur l'intervention auprès de la clientèle présentant un trouble de la personnalité;
  - des activités de formation et de soutien pour les personnes qui agissent comme conseillers cliniques auprès du personnel du Programme 0-5 ans;
  - une activité de formation sur l'utilisation de l'outil Brigance (outil d'évaluation du développement de l'enfant) offerte au nouveau personnel du Programme intégré 0-5 ans dans les établissements de la région.
- L'animation du sous-comité du *Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0-5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité;*
- La participation aux travaux provinciaux relatifs aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE).

Allaitement maternel et périnatalité

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

- La mise à jour du *Programme de formation en allaitement maternel de la région de l'Estrie* et la poursuite de sa diffusion auprès du nouveau personnel concerné des CSSS et des organismes communautaires;
- L'adaptation du *Programme de formation en allaitement maternel de la région de l'Estrie* pour le personnel infirmier de la maternité et de la néonatalogie du CHUS;
- La mise à jour et la distribution du bottin régional des ressources en allaitement;
- La conception d'un document sur l'histoire de l'allaitement et sa diffusion sur le site Web de l'Agence;
- L'organisation d'activités de promotion de l'allaitement maternel, en collaboration avec les répondantes locales en allaitement, lors de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel;
- Le soutien des CSSS et du CHUS dans la démarche d'agrément *Initiative des amis des bébés*. Un CSSS a obtenu cet agrément;
- La distribution du *Guide pratique en allaitement pour les médecins* auprès des médecins concernés des CSSS, des GMF et du CHUS;
- L'organisation de la distribution régionale du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans;*
- La participation aux travaux provinciaux concernant la mise en œuvre de la Politique de périnatalité.

Éveil à la lecture et à l'écriture

En collaboration avec le MELS, la DSPE a participé au comité régional de suivi du programme d'éveil à la lecture et à l'écriture afin de consolider ou de soutenir certains comités locaux dans la réalisation de leurs activités.

Programme Y'a personne de parfait

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

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

La production du dernier bilan annuel et le suivi de l'implantation du programme Fluppy démontrent qu'en 2009-2010 :

- Cinquante-quatre écoles primaires, dont quatre-vingt-quatre classes de maternelle, principalement localisées dans des milieux présentant des indices de défavorisation élevés, ont déployé le programme Fluppy;
- Plus de 1 443 enfants ont participé aux ateliers du programme Fluppy et 148 familles ont bénéficié en moyenne de 8,7 visites à domicile;
- Plus de 1 117 ateliers ont été présentés dans les classes de maternelle de la région;
- Cinq journées de formation sur le programme Fluppy ont été offertes à 36 personnes provenant des CSSS et du milieu scolaire. Également, plus de 28 intervenantes et intervenants des CSSS ont participé aux quatre activités de supervision clinique prévues dans le cadre de ce programme.

Approche École en santé

L'implantation de l'approche se poursuit grâce aux répondantes et répondants locaux des CSSS et des commissions scolaires. Au 31 mars 2011, 81 écoles sur 145 (niveaux primaire et secondaire) sont engagées dans la mise en œuvre de l'approche École en santé.

Par la participation de la répondante régionale École en santé à différentes tables ou comités régionaux qui traitent de ces préoccupations, les liens sont étroitement entretenus entre École en santé et les dossiers régionaux comme le *Plan d'action violence* du MELS ou la *Lutte au décrochage scolaire* des commissions scolaires de l'Estrie.

La Table régionale sur les arrimages en milieu scolaire, créée en 2009 à l'initiative des répondantes régionales École en santé, a poursuivi ses travaux et voit se consolider l'intégration des dossiers ou programmes entre les partenaires. Quatre dossiers ont été priorisés en 2010-2011, soit :

- le dossier Cour d'école traité en concomitance avec celui de la violence;
- le dossier alimentation en termes de vigie des réalisations;
- la dynamique entre les programmes nationaux et les priorités régionales et locales;
- le développement de compétences des animateurs en activité physique et en saines habitudes de vie.

La répondante régionale École en santé de la DSPE participe à des travaux nationaux sur l'approche École en santé (comité tripartite du MSSS). Des documents sur la vision renouvelée d'École en santé sont en cours de production.

Dans l'équipe de la DSPE, l'utilisation de l'approche École en santé, comme véhicule pour l'implantation des meilleures pratiques préventives en milieu scolaire, suscite des collaborations renforcées, en particulier autour du dossier des saines habitudes de vie et de l'éducation à la sexualité.

Prévention du suicide

Le Regroupement d'organismes engagés pour la prévention du suicide chez les hommes de Sherbrooke de l'organisme JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie (plus de 70 partenaires) a commencé cette année une démarche de mobilisation autour de formations des membres qui sera développée davantage au cours de l'année 2011-2012.

L'implantation de réseaux de sentinelles sur l'ensemble du territoire estrien se poursuit par l'organisme JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie.

Une démarche d'appropriation des *Guides de prévention du suicide* destinés aux CSSS et à leurs réseaux locaux de services a été amorcée cette année et devrait se poursuivre en 2011-2012.

Prévention de la toxicomanie et intervention précoce

Pour les jeunes, la prévention de la toxicomanie est intégrée aux planifications de l'approche École en santé. Lors de la Semaine de prévention, l'Agence a procédé à la diffusion du matériel produit par le MSSS dans les établissements du réseau de la santé et les organismes communautaires.

Comme annoncé, les résultats du sous-groupe de travail sur la première ligne Dépendances ont été rendus disponibles au cours de 2010-2011. Les recommandations du sous-groupe de travail qui ont été entérinées par le Comité directeur Dépendances sont principalement :

- la mise en place dans les CSSS d'intervenants pivots Dépendances;
- la dispensation de la formation première ligne Dépendances (équipe régionale de formateurs);
- l'identification d'une cible pour 2011-2012 (5% de la population à risque).

D'autres recommandations sont en cours de réalisation.

Comme prévu dans les orientations régionales du programme-services Dépendances, une expérimentation a été démarrée de l'utilisation de l'outil DÉBA (Alcool-Drogues-Jeu) en milieu communautaire. Trois organismes de la région participent à cette expérience qui vise à augmenter la détection et la référence vers les services des CSSS et du centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (CRPAT), des personnes susceptibles de développer ou ayant développé un problème de dépendances. Après quelques difficultés de démarrage (départ des personnes formées), l'expérimentation a repris et les résultats seront disponibles en cours d'année 2011-2012.

Jeu pathologique

Les directeurs de santé publique du Québec ont pris une position commune concernant le lancement par Loto-Québec d'une offre de jeu sur Internet. La DSPE s'est jointe au groupe et a collaboré à une émission radio, ce qui a permis d'exposer à la population les risques associés à la pratique des jeux de hasard et d'argent, en particulier le jeu sur Internet.

Ordonnance collective de contraception hormonale

Cette mesure, diffusée en janvier 2007, vise à faciliter l'accès à la contraception hormonale aux femmes afin de diminuer les grossesses non planifiées. Le MSSS a mandaté les directions de santé publique pour assurer la diffusion de cette mesure et la mobilisation, afin de favoriser l'adoption de ce modèle dans les différents milieux ciblés, entre autres, les CSSS, les GMF et le CHUS.

Tous les CSSS ont maintenant une ordonnance collective de contraception hormonale. Une formation d'une demi-journée de mise à jour en contraception fut organisée pour les infirmières initiant la contraception hormonale.

La DSPE demeure disponible pour apporter un soutien aux milieux le demandant.

Santé sexuelle des jeunes

Le travail concernant les ITSS se fait conjointement et en complémentarité avec le Service de la protection de la santé publique. À la suite d'une journée intersectorielle ayant eu lieu à l'Agence sur le thème des ITSS, des orientations régionales sont en cours d'élaboration.

Une formation a été organisée afin d'habiliter les infirmières à faire du dépistage. Près de 80 infirmières en ont bénéficié, le tout dans une perspective de pratiques cliniques préventives.

À la suite de cette formation et avec le soutien de l'Agence, le CSSS-IUGS offre maintenant, dans toutes les écoles secondaires publiques de leur territoire, le dépistage de la chlamydia.

La DSPE a organisé, conjointement avec le milieu de l'éducation, quelques formations et travaille à créer des liens.

Diverses implications au niveau provincial permettent de suivre de près ce dossier en effervescence.

4.3.2 *Orientation 16 :* UTILISER DES MÉTHODES ET DES STRATÉGIES EFFICACES POUR AGIR DANS LES DIFFÉRENTS DOMAINES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

4.3.2.1 Action intersectorielle

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

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

Cette année, l'Agence a contribué activement aux travaux entourant la création de la future Alliance pour la solidarité et l'inclusion sociale en Estrie. La participation au comité de pilotage de la démarche, l'élaboration d'un cadre de référence et la proposition d'une structure régionale ont fait l'objet d'une collaboration de l'Agence avec la Conférence régionale des élus de l'Estrie et de multiples partenaires régionaux et locaux autour de la prévention de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

4.3.2.2 Pratiques cliniques préventives

Au cours de l'année 2010-2011, les activités autour de la stratégie du déploiement des pratiques cliniques préventives ont essentiellement visé à réaffirmer le positionnement de la Direction de santé publique et de l'évaluation en faveur de cette approche.

Cette stratégie vise à optimiser ou accroître la prévention en milieu clinique par des activités de dépistage, de counseling, de vaccination et de chimioprophylaxie réalisées par un professionnel de la santé auprès d'individus présentant des facteurs de risque ou problèmes de santé évitables.

Le positionnement s'appuie donc sur les orientations ministérielles et régionales, sur les besoins exprimés par les intervenants de la région et sur notre capacité d'agir en cette matière.

Il a été retenu, dans un premier temps, que cette stratégie se déploierait sur deux axes. D'une part, de renforcer cette pratique au sein d'une thématique déjà priorisée aux PNSP et PAR : les saines habitudes de vie, les ITSS, les chutes chez les personnes âgées, le suicide. D'autre part, d'agir auprès des milieux cliniques de première ligne incluant les milieux médicaux des réseaux locaux.

Pour ce dernier volet, les activités ont visé à s'outiller davantage pour documenter le niveau de prestation des pratiques cliniques préventives auprès des milieux cliniques de première ligne et pour mieux connaître les points de vue de ces acteurs sur les facteurs qui facilitent ou font obstacles au déploiement de la prévention. Cette analyse des besoins fera l'objet d'une subvention du *Programme de subventions en santé publique* (PSSP). Elle servira de pierre angulaire pour la détermination des diverses approches, pour optimiser la prévention, adaptées aux milieux cliniques visés.

Par ailleurs, une collaboration à divers comités régionaux (ex. : comité des maladies chroniques, comité de la trajectoire des femmes enceintes) ont permis de réitérer l'importance des activités de promotion et de prévention dans les continuums de services.

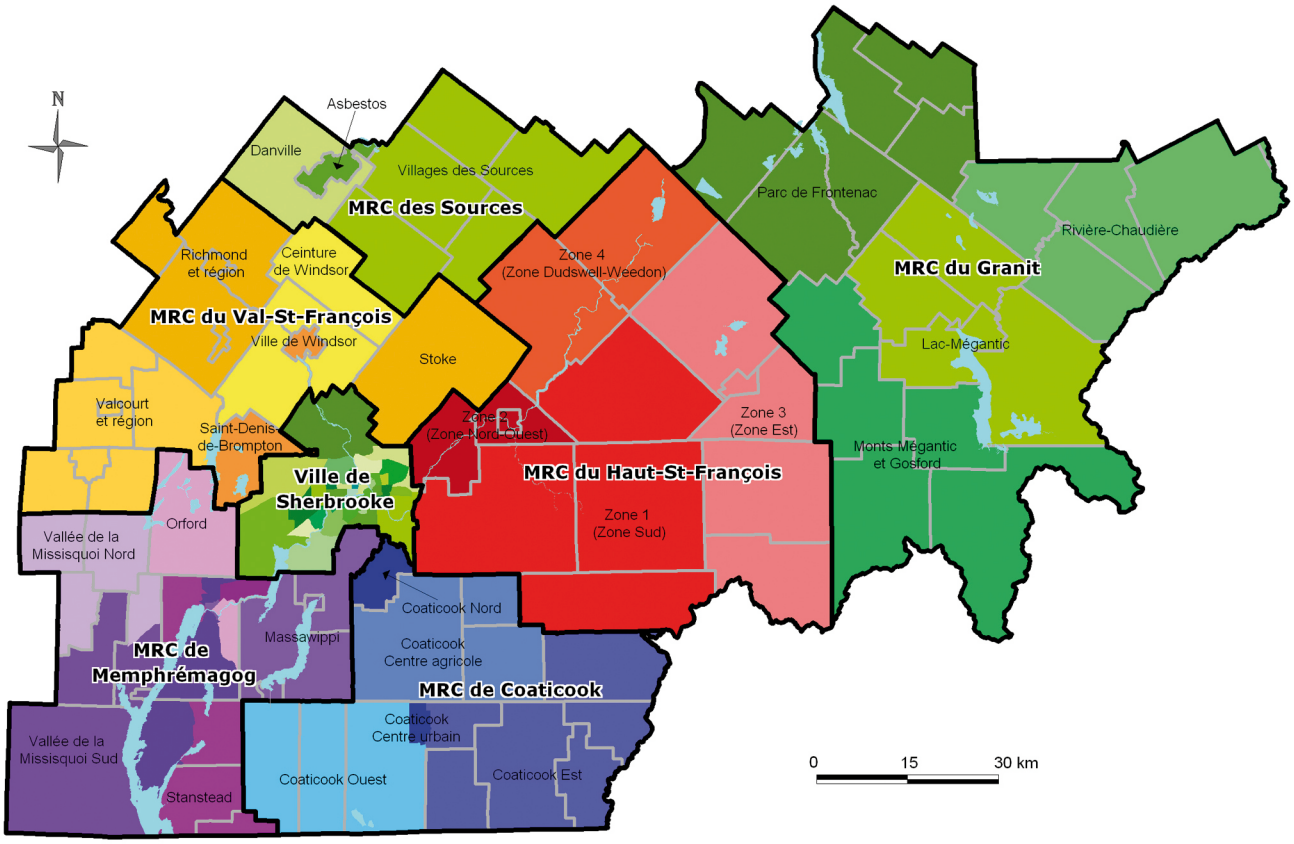
4.3.2.3 Soutien au développement des communautés

Durant l'année 2010-2011, en collaboration avec l'Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC), la DSPE a poursuivi le travail pour le projet *Tableau de bord des communautés de l'Estrie*. Ce projet s'inscrit toujours dans une optique participative, intersectorielle et sur mesure. À la suite de l'identification de 66 communautés locales, un nombre équivalent de tableaux de bord intégrant les indicateurs sélectionnés au préalable ont été produits. Des tableaux de bord par municipalité, par arrondissement et par secteur (aires de diffusion) défavorisé ont été complétés au cours des derniers mois.

En continuité aux travaux réalisés l'année dernière, l'implantation du projet *Tableau de bord des communautés de l'Estrie* se poursuit dans les MRC rurales et la Ville de Sherbrooke. Encore cette année, une approche sur mesure est priorisée pour mieux répondre aux besoins de chaque territoire. Alors que la démarche (quantitative et qualitative) est finalisée pour la MRC des Sources, pour la Ville de Sherbrooke, il a fallu prendre plus de temps pour consolider les partenariats avant de poursuivre la démarche. Alors que la démarche qualitative est habituellement fondée sur les communautés « statistiques », pour la MRC du Granit, elle se fera à travers les municipalités.

Parmi les principales réalisations, signalons l'effort de vulgarisation effectué sur le site Internet afin de rendre les données les plus accessibles et les plus conviviales possible.

Les 66 communautés de l'Estrie



Mentionnons les travaux ayant entouré le choix des indicateurs supplémentaires à intégrer aux tableaux de bord actuels. La production de ces données, issues de banques de données telles que Med-Écho (admissions hospitalières), le fichier provincial des décès et le Directeur général des élections, sera effective au courant de la prochaine année.

Indiquons également la fin de la démarche d'évaluation du processus de mise en œuvre du tableau de bord entamée depuis le début du projet dans neuf communautés pilotes. Le rapport final d'évaluation sera déposé à l'automne 2011.

Citons les discussions amorcées pour produire une deuxième édition plus vulgarisée de la fiche d'appréciation du potentiel. Cette deuxième version sera utilisée pour la suite de la démarche qualitative dans les différents territoires.

À l'échelle régionale, la tenue d'une vingtaine de rencontres ciblées, entamées depuis l'année dernière auprès des décideurs, des élus et des agents de développement pour favoriser l'appropriation de l'outil, a porté fruit. Déjà, plusieurs partenaires (CSSS, CLD, MRC) ont utilisé le Tableau de bord pour leur planification stratégique. Des organismes communautaires ont employé les données pour des demandes de subventions. Au Val-Saint-François, il contribuera à nourrir les travaux du Comité attraction et rétention de la population pour mettre sur pied un projet concernant un échange de services entre municipalités. À la Ville de Sherbrooke, son utilisation a été proposée dans la mise en œuvre de la *Politique de développement social*.

Devant la volonté manifeste des différents agents de développement de mieux se connaître, le Tableau de bord est apparu comme un outil efficace pour susciter une mobilisation intersectorielle locale.

Durant l'année 2010-2011, l'appropriation des principes et des enjeux en développement des communautés dans les divers dossiers du Service de promotion-prévention et dans certains dossiers de la Direction de l'organisation des services s'est poursuivie, notamment en inscrivant ces principes dans une demi-journée de rencontre du personnel sur le développement des communautés. Les données du tableau de bord de l'Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC) et les principes à connaître et à appliquer en développement des communautés ont fait l'objet de présentations.

En 2010-2011, la DSPE a été un partenaire très actif pour faciliter la formation des gestionnaires des CSSS et du CHUS en développement des communautés. Une formation a permis à plus de 40 gestionnaires de bénéficier d'une introduction à ce sujet. À la suite de cette formation, une démarche d'accompagnement sur mesure a été mise sur pied par la DSPE, en collaboration étroite avec l'OEDC et la Direction de la coordination des affaires administratives (DCAA) du CSSS-IUGS. Cinq CSSS sur sept se sont jusqu'ici prévalus de cet accompagnement qui touche des projets précis ou des enjeux plus larges tels qu'une planification stratégique ou une politique en développement des communautés.

En 2010-2011, l'Agence a animé pour une quatrième année les travaux du Comité d'avancement des pratiques de l'OEDC et contribué à développer des nouvelles façons de faire en développement des communautés.

4.3.3 Orientation 17 : ASSURER LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE PAR UNE VIGIE SANITAIRE ET PAR L'APPLICATION DES LIGNES DIRECTRICES LORS DE SIGNALEMENTS, D'ÉCLOSIONS, OU DE DÉCLARATIONS DE MALADIES OU D'INTOXICATIONS À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

4.3.3.1 Maladies infectieuses

Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et autres maladies à déclaration obligatoire

Le nombre d'ITSS déclaré en Estrie connait actuellement une augmentation importante. En 2010, 766 nouveaux cas d'infections à chlamydia ont été déclarés dont près de 70 % chez des jeunes de 15 à 24 ans. Les femmes constituent 72 % des cas déclarés.

La syphilis infectieuse est également réapparue. Au Québec, en 10 ans, nous sommes passés d'un cas par mois à près de 1,5 cas par jour. En Estrie, dans la dernière décennie, nous sommes passés de moins d'un cas par année à plus d'un cas par mois. Le nombre de cas s'est même accru entre 2009 et 2010, passant de 10 à 14 cas.

Ce retour des ITSS oblige la DSPE à accentuer ses efforts de lutte dans la région. Surveillance, promotion, prévention, dépistage et traitement sont toujours à l'ordre du jour. Une action concertée s'impose, encore et toujours.

Maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Pour l'année 2010, 1 340 maladies à déclarations obligatoires ont été identifiées par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie. Les MADO les plus communes sont l'infection à chlamydia trachomatis (n=766), les infections à campylobacter (n=136), les infections à streptocoque pneumoniae (n=65) et l'hépatite C (n=56). Le travail d'enquête découlant de la déclaration de certaines MADO vise à surveiller l'évolution des maladies infectieuses et à assurer la protection de la santé ainsi que la prévention de ces maladies.

4.3.3.2 Santé environnementale

Événements climatiques extrêmes

Les événements climatiques extrêmes tels que les vagues de chaleur, les tempêtes hivernales, le froid intense et les inondations sont appelés à devenir plus fréquents et plus intenses au cours des prochaines décennies en raison des changements climatiques.

En préparation à ce type d'événements, l'équipe de santé environnementale a participé activement en 2010 aux travaux du Comité de planification et d'intervention des mesures d'urgence de l'Agence, à titre de représentante du volet santé publique. Pour la chaleur accablante, l'équipe a notamment développé des outils pour la population et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux afin de les informer sur les mesures préventives, l'identification des personnes vulnérables et les signes de troubles de santé y étant associés. Des outils de communication du risque en lien avec d'autres types d'événements climatiques extrêmes ont aussi été développés.

Ces efforts de préparation n'ont pas été déployés en vain, l'Estrie ayant été touchée à plus d'une reprise au cours de l'année 2010-2011 par des phénomènes météorologiques hors du commun (ex. : vague de chaleur extrême de juillet 2010, inondations d'octobre 2010 et tempête hivernale de mars 2011).

Soulignons également l'initiative du volet santé publique de la mission santé de piloter un projet de stage d'externat en médecine visant à évaluer la communication du risque auprès des partenaires sectoriels au moyen d'une simulation de tempête et de froid intense d'envergure régionale, en janvier 2011. Ce projet a permis d'identifier les forces et les lacunes des stratégies de communication du risque actuelles en situation d'urgence.

4.3.3.3 Santé au travail

Maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Pour 2010, l'équipe de santé au travail s'est occupée du traitement de 53 situations de maladies à déclaration obligatoire. En santé au travail, il y a trois sources principales de signalement des MADO, soit le Comité spécial des présidents qui déclare les maladies pulmonaires professionnelles diagnostiquées, les médecins traitants ainsi que les laboratoires pour certaines intoxications.

5 Organismes

COMMUNAUTAIRES

5.1 *Le contrôle* DE LA CONFORMITÉ

Les cadres et les critères de financement des organismes communautaires ainsi que les engagements du Ministère sont appliqués et respectés.

Conformément à l'article 338 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et au document *La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale du Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC), l'Agence a obtenu les informations suivantes concernant les organismes communautaires ayant reçu un soutien financier pour l'année financière 2010-2011 :

- le rapport d'activité du dernier exercice financier complété (au 31 mars 2011 ou antérieurement);
- le rapport financier du dernier exercice financier complété (au 31 mars 2011 ou antérieurement) signé par deux administrateurs;
- une preuve de la tenue d'une séance publique d'information;
- l'avis de convocation, l'ordre du jour et le procès-verbal, ou un extrait du procès-verbal, de la dernière assemblée générale annuelle des membres;
- les relevés statistiques appropriés lorsque requis.

5.2 *Les organismes communautaires* ET LEURS SECTEURS D'ACTIVITÉS

Conformément aux orientations régionales, 123 organismes communautaires ont reçu un soutien financier dans le cade du PSOC, soit en soutien à la mission globale, en entente pour des activités spécifiques ou en projets ponctuels. Ces organismes œuvrent en Estrie auprès de clientèles différentes qu'ils rejoignent par le biais de leurs activités et de leurs services pour répondre à des besoins identifiés et reconnus par la communauté.

Les faits marquants de l'année 2010-2011 sont :

- l'allocation de 2 % d'indexation appliquée à tous les montants versés aux organismes communautaires;
- l'allocation, de façon exceptionnelle, de 82 175 $ à quatre organismes communautaires, à même le solde récurrent du PSOC, afin de permettre un rattrapage et d'atteindre le même seuil inférieur des balises financières 2010-2011;
- le transfert en mission globale du volet Consolidation des maisons de jeunes de la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009 pour 18 maisons de jeunes de l'Estrie;
- les travaux provinciaux sur la Convention de soutien financier pour l'ensemble des organismes communautaires du Québec.

6 Données

FINANCIÈRES

6.1 *Rapport* DE LA DIRECTION

Sherbrooke, le 15 juin 2011

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues 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 qu'elle considère comme nécessaire 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 la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnait 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 l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

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

Dr Michel Baron
Président-directeur général

Mme France Simoneau
Directrice des ressources financières, informationnelles et matérielles

6.2 *États financiers* DE L'AGENCE

Nom de l'agence	Code
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	1466-5228

Rapport de l'auditeur indépendant - É/F et autres informations financières — Exercice terminé le 31 mars 2011

Rapport de l'auditeur indépendant

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

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent les bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés cumulés au 31 mars 2011 et les états des résultats et des soldes de fonds des mêmes fonds pour l'exercice terminé à cette date. De plus, ils comprennent un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives de la section auditée.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit assortie d'une réserve.

Fondement de l'opinion avec réserve

Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire et aux indemnités de départ à verser aux hors-cadre admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact n'a pu être déterminé pour les exercices 2011 et 2010, car l'information n'est pas disponible au sein de l'Agence.

Opinion avec réserve

À notre avis, à l'exception des incidences du problème décrit dans le paragraphe de Fondement de l'opinion avec réserve, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2011 ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec et à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'Agence s'est conformée :

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses ;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel
- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L. [1]

Sherbrooke, le 15 juin 2011

[1] Comptable agréé auditeur permis nº 8900

6.2.1 États des résultats du fonds d'exploitation, des activités régionalisées ET D'IMMOBILISATIONS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2011

RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION – ACTIVITÉS PRINCIPALES	2010-2011	2009-2010
Produits		
Subventions du Ministère	7 656 997$	7 644 389$
Autres revenus	383 741	222 339
Total des produits	**8 040 738$**	**7 866 728$**
Charges d'exploitation		
Salaires et avantages sociaux	5 801 804$	5 809 930$
Autres dépenses	1 646 000	2 083 036
Total des charges d'exploitation	**7 447 804$**	**7 892 966$**
Excédent (déficit)	**592 934$**	**(26 238)$**
Contributions en provenance de fonds affectés	32 908	10 474
Contributions en provenance du fonds des activités régionalisées	276 407	225 000
Affectations au fonds d'immobilisations et à d'autres fonds	(423 068)	(162 789)
Excédent après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**479 181$**	**46 447$**

RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION – ACTIVITÉS ACCESSOIRES	2010-2011	2009-2010
Produits		
Subventions du Ministère	98 000$	49 616$
Autres revenus		443
Total des produits	**98 000$**	**50 059$**
Charges d'exploitation		
Salaires et avantages sociaux	61 075$	65 866$
Autres dépenses	6 172	8 981
Total des charges d'exploitation	**67 247$**	**74 847$**
Excédent (déficit)	30 753$	(24 788) $

RÉSULTATS DU FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	2010-2011	2009-2010
Produits		
Contributions des établissements	3 517 629$	3 689 335$
Autres revenus	5 780 027	5 607 068
Total des produits	**9 297 656$**	**9 296 403$**
Charges d'exploitation		
Salaires et avantages sociaux	3 074 784$	3 622 502$
Autres dépenses	3 394 765	3 450 515
Total des charges d'exploitation	**6 469 549$**	**7 073 017$**
Excédent	2 828 107$	2 223 386$
Contributions en provenance du fonds d'exploitation	349 885	100 000
Contributions de fonds affectés	81 572	
Affectations au fonds d'exploitation	(276 407)	
Affectations au fonds d'immobilisations	(1 923 383)	(2 234 368)
Excédent après contributions de l'avoir propre et interfonds	**1 059 774$**	**89 018$**

RÉSULTATS DU FONDS D'IMMOBILISATIONS	2010-2011	2009-2010
Produits		
Subventions du Ministère	3 504 687$	3 163 325$
Autres revenus	8 000	89 100
Total des produits	**3 512 687$**	**3 252 425$**
Charges		
Frais d'intérêts	2 877 445$	3 364 708$
Amortissements	2 220 173	2 415 224
Autres charges	463 192	619 378
Total des charges	5 560 810$	6 399 310$
Déficit	(2 048 123) $	(3 146 885) $
Contributions en provenance du fonds d'exploitation – activités principales	73 183	62 789
Contributions en provenance du fonds des activités régionalisées	1 923 383	2 234 368
Contributions en provenance de fonds affectés	51 557	849 728
Excédent après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**0$**	**0$**

6.2.2 États des soldes des fonds d'exploitation, des activités régionalisées
ET D'IMMOBILISATIONS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2011

FONDS D'EXPLOITATION	2010-2011		2009-2010	
	ACTIVITÉS PRINCIPALES	AVOIR PROPRE	ACTIVITÉS PRINCIPALES	AVOIR PROPRE
Solde créditeur – au début	**46 447$**	**187 256$**	**0$**	**212 044$**
Additions (déductions)				
Excédent (déficit) de l'exercice	592 934$	30 753$	198 762$	(24 788)$
Transferts interfonds :				
– en provenance des fonds affectés			32 908	10 474
– en provenance du fonds des activités régionalisées			276 407	
– affectés à d'autres fonds			(349 885)	(100 000)
– affectés au fonds d'immobilisations			(73 183)	(62 789)
Variation de l'exercice	**592 934$**	**(83 000)$**	**46 447$**	**(24 788)$**
Solde créditeur – à la fin	**639 381$**	**104 256$**	**46 447$**	**187 256$**

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	2010-2011	2009-2010
Solde créditeur – au début	**1 050 071$**	**961 053$**
Additions (déductions)		
Excédent de l'exercice	2 828 107$	2 223 386$
Transferts interfonds :		
– contributions du fonds d'exploitation	349 885	100 000
– contributions de fonds affectés	81 572	
– affectés au fonds d'exploitation	(276 407)	
– affectés au fonds d'immobilisations	(1 923 383)	(2 234 368)
Autres déductions	(5 499)	
Variations de l'exercice	**1 054 275$**	**89 018$**
Solde créditeur – à la fin	**2 104 346$**	**1 050 071$**

FONDS D'IMMOBILISATIONS	2010-2011	2009-2010
Solde créditeur – au début	**0 $**	**0 $**
Additions (déductions)		
Déficit de l'exercice	(2 048 123)$	(3 146 885)$
Transferts interfonds :		
– en provenance du fonds d'exploitation	73 183	62 789 $
– en provenance des activités régionalisées	1 923 383	2 234 368
– en provenance de fonds affectés	51 557	849 728
Variations de l'exercice	**0 $**	**0 $**
Solde créditeur – à la fin	**0 $**	**0 $**

6.2.3 Bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées ET D'IMMOBILISATIONS AU 31 MARS 2011

BILAN	FONDS D'EXPLOITATION		FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		FONDS D'IMMOBILISATIONS	
	2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010
Actif						
Encaisse	1 913 844$	1 468 410$	3 233 369$	1 710 890$	93 693$	103 463$
Débiteurs	272 018	299 572	5 625 693	4 622 092	15 723 416	22 030 379
Autres éléments	30 567	20 432			99 592	155 116
Immobilisations					6 813 690	6 084 670
Subvention à recevoir – réforme comptable	587 644	577 062	282 082	277 147	50 188 390	55 684 316
Total de l'actif	**2 804 073$**	**2 365 476$**	**9 141 144$**	**6 610 129$**	**72 918 781$**	**84 057 944$**
Passif						
Découvert de banque			8 274$	290 370$		
Créditeurs et charges à payer	1 353 454$	1 460 288	6 708 764	4 931 684	93 693$	103 463$
Provision pour vacances et congés de maladies	706 982	671 485	319 760	338 004		
Intérêts courus à payer					556 964	436 515
Emprunts temporaires					18 086 135	25 263 737
Dette à long terme					54 181 989	58 254 229
Total du passif	**2 060 436$**	**2 131 773$**	**7 036 798$**	**5 560 058$**	**72 918 781$**	**84 057 944$**
Solde de fonds	**743 637$**	**233 703$**	**2 104 346$**	**1 050 071$**	**0$**	**0$**
Total du passif et du solde du fonds	**2 804 073$**	**2 365 476$**	**9 141 144$**	**6 610 129$**	**72 918 781$**	**84 057 944$**

6.2.4 État des résultats et bilan combiné

DES FONDS AFFECTÉS AU 31 MARS 2011

RÉSULTATS DES FONDS AFFECTÉS CUMULÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2010-2011
Produits				
Subventions du Ministère	16 725 422$		60 350 804$	77 076 226$
Revenus d'intérêts	17 235	2 011$	111 671	130 917
Autres	4 371 211	7 905	299 245	4 678 361
Total des produits	**21 113 868$**	**9 916$**	**60 761 720$**	**81 885 504$**
Charges				
Attributions		2 500$	2 113 839$	2 116 339$
Contrats à budget	17 486 920$			17 486 920
RTSS – Facturation provinciale			47 676 152	47 676 152
Autres	3 418 106	62 375	2 491 156	5 971 637
Total des charges	**20 905 026$**	**64 875$**	**52 281 147$**	**73 251 048$**
Excédent (déficit)	**208 842$**	**(54 959)$**	**8 480 573$**	**8 634 456$**

RÉSULTATS DES FONDS AFFECTÉS CUMULÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2010-2011
Produits				
Subventions du Ministère	15 155 794$	13 000$	47 930 342$	63 099 136$
Revenus d'intérêts	9 091	1 477	40 094	50 662
Autres	4 282 026	24 687	226 991	4 533 704
Total des produits	**19 446 911$**	**39 164$**	**48 197 427$**	**67 683 502$**
Charges				
Attributions et intérêts sur emprunts		3 000$	66 155$	69 155$
Contrats à budget	16 021 825			16 021 825
RTSS – Facturation provinciale			31 315 013	31 315 013
Autres dépenses	2 535 646	58 312	8 505 278	11 099 236
Total des charges	**18 557 471$**	**61 312$**	**39 886 446$**	**58 505 229$**
Excédent (déficit)	**889 440$**	**(22 148)$**	**8 310 981$**	**9 178 273$**

BILAN COMBINÉ	FONDS AFFECTÉS	
	2010-2011	2009-2010
Actif		
À court terme		
Encaisse	5 146 818$	13 561 434$
Avances de fonds aux établissements publics		7 806
Débiteurs	24 808 772	402 106
Autres éléments	2 059	11 836
Total - Actif à court terme	29 957 649$	13 983 182$
À long terme		
Subvention à recevoir – provision vacances et congés de maladies	10 087$	9 910$
Total - Actif à long terme	10 087$	9 910$
Total de l'actif	**29 967 736$**	**13 993 092$**
Passif		
À court terme		
Créditeurs et charges à payer	11 083 655$	3 602 714$
Provision pour vacances et congés de maladies	33 848	33 013
Revenus reportés – MSSS + crédits régionaux	216 127	224 586
Total du passif	**11 333 630$**	**3 860 313$**
Solde de fonds	**18 634 106$**	**10 132 779$**
Total du passif et du solde de fonds	**29 967 736$**	**13 993 092$**

6.2.5 État du solde de fonds combiné

DES FONDS AFFECTÉS AU 31 MARS 2011

FONDS AFFECTÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2010-2011
Solde créditeur - au début	**360 197$**	**237 181$**	**9 535 401$**	**10 132 779$**
Additions (déductions)				
Excédent (déficit) de l'exercice	208 842$	(54 959)$	8 480 573$	8 634 456$
Transferts interfonds :				
– affectés au fonds des activités régionalisées			(70 827)	(70 827)
– affectés au fonds d'immobilisations	(47 666)	(3 891)		(51 557)
Autres transferts interfonds	(10 745)			(10 745)
Variation de l'exercice	**150 431$**	**(58 850)$**	**8 409 746$**	**8 501 327$**
Solde créditeur – à la fin	**510 628$**	**178 331$**	**17 945 147$**	**18 634 106$**

FONDS AFFECTÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2010-2011
Solde créditeur - au début	**300 427$**	**259 329$**	**1 313 557$**	**1 873 313$**
Additions (déductions)				
Excédent (déficit) de l'exercice	889 440$	(22 148)$	8 310 981$	9 178 273$
Transferts interfonds :				
– affectés au fonds d'exploitation			(30 532)	(30 532)
– affectés au fonds d'immobilisations	(849 728)			(849 728)
Autres transferts interfonds	20 058		142 933	162 991
Variation de l'exercice	**59 770$**	**(22 148)$**	**8 423 382$**	**8 461 004$**
Réforme comptable – autres redressements demandés par le MSSS			(201 538)	(201 538)
Solde créditeur – à la fin	**360 197$**	**237 181$**	**9 535 401$**	**10 132 779$**

6.2.6 *État d'allocation de l'enveloppe régionale*

DES CRÉDITS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2011

ENVELOPPE RÉGIONALE	2010-2011
Enveloppe régionale	
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	740 620 894 $
Affectation de l'enveloppe régionale	
Allocations aux établissements	693 717 285 $
Allocations aux organismes communautaires	17 754 734
Allocations à d'autres organismes	402 039
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	**711 874 058 $**
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	21 438 642
Autres	29 400
Total	**733 342 100 $**
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	**7 278 794 $**
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics	
– comptes à payer signifiés	2 909 232 $
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics	
– comptes à payer signifiés	4 098 352
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	**7 007 584 $**
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	271 210
Excédent de l'enveloppe sur les affectations	**0 $**

INFORMATIONS ADDITIONNELLES	
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R	68 730 524 $
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne précédente	44 157 997 $

6.2.7 *Notes*
AUX ÉTATS FINANCIERS

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 au montant de 592 934 $; il est imputé au solde des activités principales et est assujetti 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 de 30 753 $ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

NOTE 2 – STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence est constituée en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et des services sociaux. Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Sherbrooke. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 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 1er 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 du 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 de la norme suivante :

- 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.

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 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 et pratiques 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 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.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde des fonds concernés. 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.

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.

Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services que l'Agence rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'elle est appelée à fournir.

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 du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées 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.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'Agence. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

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.

Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, les activités des fonds affectés de l'Agence et des établissements privés admissibles (voir la circulaire 03.02.30.01) sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

- Le fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentants d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les fonds affectés : fonds constitué de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Immobilisations

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

CATÉGORIE	DURÉE
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Développement informatique	5 ans
Équipement de communication multimédia	5 ans
Équipement informatique	3 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

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

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un déficit, 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;

- 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 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 présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

Analyses financières

L'Agence n'a pas reçu l'analyse financière de l'exercice 2009-2010.

NOTE 5 – FLUX DE TRÉSORERIE

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

	2010-2011	2009-2010
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	73 183$	62 789$
Fonds d'immobilisations :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	2 953 209$	4 289 639$
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	1 923 383$	2 234 368$
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	51 557$	938 828$
Disposition d'immobilisations sur base de liquidités	--- $	89 100$

NOTE 6 – EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2011, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 41 341 000$, au taux de base des acceptations bancaires d'un mois d'échéance, pour les emprunts effectués par billets-grille et par période de 30 jours.

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

La convention de crédit est renégociable le 1er janvier 2013.

	2010-2011	2009-2010
Emprunt sur billets-grille au taux de base des acceptations bancaires. Le taux en vigueur au 31 mars 2011 est de 1,50%.	15 726 225$	21 880 812$
	15 726 225$	**21 880 812$**

NOTE 7 – 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.

	2010-2011	2009-2010
Emprunt, portant intérêt au taux de 6,186 %, remboursable par versements annuels de 412 033 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2015.	3 286 906 $	3 698 939 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,76 %, remboursable par versements annuels de 62 955 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en octobre 2012.	1 070 242 $	1 133 197 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 334 386 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014.	5 358 913 $	5 693 299 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 300 913 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014.	2 089 922 $	2 390 835 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable par versements annuels de 1 087 351 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016	9 082 094 $	10 169 445 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable par versements annuels de 472 767 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	2 836 604 $	3 309 371 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 16 088 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014.	337 840 $	353 928 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 820 183 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014.	6 996 211 $	7 816 394 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,215 %, remboursable par versements annuels de 607 453 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2011.	4 750 356 $	5 357 809 $
Emprunt, portant intérêt à un taux variant de 4,66 % à 9,82 %, remboursables par versements annuels variables, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	7 509 403 $	11 413 807 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 477 893 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014.	4 340 679 $	4 818 573 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 81 089 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014.	1 783 963 $	1 865 052 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable par versements annuels de 40 423 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	1 010 571 $	---
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable par versements annuels de 88 569 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	2 639 966 $	---
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,6497 %, remboursable par versements annuels de 38 968 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2016.	974 047 $	---
	54 067 717 $	**58 020 649 $**
Tranche échéant à moins d'un an	**10 165 357 $**	**8 577 517 $**
	43 902 360 $	**49 443 132 $**

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

2012	10 165 357$
2013	6 439 272$
2014	10 345 566$
2015	13 589 106$
2016	3 758 535$
	44 297 836$

NOTE 8 – OBLIGATIONS DÉCOULANT DE CONTRATS DE LOCATION ACQUISITION

	2010-2011	2009-2010
Contrat de location de photocopieurs, d'un montant de 93 540$, remboursable par versements mensuels de 1 681$, échéant le 13 mars 2011	0$	21 108$
Contrats de location de matériel informatique, d'un montant total de 345 721$, remboursable par versements mensuels de 6 050$, échéant du 31 août 2011 au 19 janvier 2014	114 272$	212 471
Montant total des paiements minimums futurs	114 272$	233 579
Tranche échéant à moins d'un an	68 639$	(143 097)
	45 633$	**90 482$**

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

2012	68 639$
2013	36 757$
2014	8 876$

NOTE 9 – RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite 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'Agence 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.

Au 1er janvier 2011, le taux de cotisation pour le RREGOP est toujours à 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE et RRAS à 10,54 %.

NOTE 10 – OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

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

NOTE 11 – 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.

6.3 Allocations des ressources
FINANCIÈRES AUX ÉTABLISSEMENTS

6.3.1 Allocations
2010-2011

En 2010-2011, les revenus des établissements furent de 781 447 171$, incluant le budget de fonctionnement accordé par l'Agence, la contribution des usagères et des usagers, et les ventes de services, dont 772 128 438$ pour les établissements publics et 9 318 733$ pour les établissements privés conventionnés. Vous trouverez, au tableau de la page suivante, le détail de ce budget par établissement, ainsi que les surplus et déficits pour les exercices 2010-2011 et 2009-2010.

Le budget 2010-2011 déposé à l'Assemblée nationale fixait une cible de réduction de 25% des coûts de publicité, de formation et de déplacement. Pour la région de l'Estrie, cette cible représentait 3 969 445$ et a été déduite de l'enveloppe initiale des crédits. De plus, un montant supplémentaire de 361 591$ annualisé à 723 182$ a aussi été déduit de cette enveloppe. Cette somme représente les économies découlant du non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux chez le personnel administratif incluant les cadres.

Les orientations budgétaires suivantes furent adoptées pour l'utilisation des budgets 2010 2011 :

- Utiliser la même méthode que celle du MSSS pour répartir les montants de réduction de 25% et l'économie découlant du non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux.
- Utiliser la méthode habituelle et reconnue (médicaments et fournitures médicales) pour la répartition de l'indexation spécifique.
- Utiliser la méthode habituelle et convenue (budget en vieillissement et santé physique) pour répartir le solde résiduel provenant de l'indexation spécifique.

La confirmation des crédits 2010-2011 alloués à la région par le MSSS incluait une somme de 4 511 518$ pour les coûts de systèmes spécifiques.

Un montant récurrent de 3 630 076$ a ainsi été réparti entre les établissements publics et privés pour les coûts spécifiques de médicaments et de fournitures médicales, et le solde résiduel de 881 442$ a été alloué pour la courte durée. Un montant de 705 154 $ a ainsi été alloué au CHUS et le solde de 176 288$ a été réparti entre les CSSS de la région selon la méthode d'allocation des budgets en vieillissement et santé physique.

Une proposition de répartition de ces budgets et des cibles fut transmise pour consultation auprès des établissements de l'Estrie, le 21 mai 2010, et les avis et commentaires des établissements furent recueillis.

L'allocation des ressources financières aux établissements

Fonds d'exploitation avant les contributions de l'avoir propre et les interfonds

	2010-2011					2009-2010
	FONDS D'EXPLOITATION					
	Activités principales			Activités accessoires	Total	
	Revenus	Dépenses	Surplus (déficit)	Surplus (déficit)	Surplus (déficit)	Surplus (déficit)
AS-471	p. 200, col. 1			p. 201, col. 1		p. 201, col. 2
	li. 8	li. 28	li. 29	li. 21	li. 27	li. 27
	a	b	c a - b	d	e c + d	f
Établissements publics						
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	362 032 377	365 714 531	(3 682 154)	(237 270)	(3 919 424)	(1 267 736)
Centre jeunesse de l'Estrie	43 250 566	42 016 701	1 233 865	750	1 234 615	1 679 556
Centre de réadaptation Estrie	19 506 736	19 080 032	426 704	40 299	467 003	43 522
Centre Notre-Dame de l'Enfant (Sherbrooke)	23 487 560	23 218 741	268 819		268 819	115 753
Centre accueil Dixville	8 022 635	8 010 680	11 955		11 955	33 054
Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges	5 307 400	5 264 146	43 254	9 885	53 139	(40 301)
Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	147 433 977	147 425 114	8 863	339 436	348 299	1 475 154
Centre de santé et de services sociaux de la MRC de Coaticook	17 366 848	17 249 879	116 969	(2 480)	114 489	(202 725)
Centre de santé et de services sociaux du Granit	30 636 647	30 450 046	186 601	1 334	187 935	23 095
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François	18 524 933	18 447 042	77 891	23 520	101 411	136 741
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog	52 380 853	51 495 446	885 407	36 667	922 074	641 379
Centre de santé et de services sociaux des Sources	20 843 470	20 909 837	(66 367)	40 209	(26 158)	115 695
Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François	23 334 436	22 828 176	506 260	2 077	508 337	117 004
Total partiel	**772 128 438**	**772 110 371**	**18 067**	**254 427**	**272 494**	**2 870 191**
Établissements privés conventionnés						
Villa Marie-Claire	545 805	480 038	65 767	4 178	69 945	35 522
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont	4 636 950	4 662 247	(25 297)		(25 297)	(5 291)
Maison Blanche de North Hatley	4 135 978	4 016 092	119 886	2 384	122 270	91 333
Total partiel	**9 318 733**	**9 158 377**	**160 356**	**6 562**	**166 918**	**121 564**
Total global	**781 447 171**	**781 268 748**	**178 423**	**260 989**	**439 412**	**2 991 755**

6.3.2 *Autorisations* D'EMPRUNTS

L'Agence a recommandé au MSSS trois autorisations d'emprunts temporaires aux établissements publics au cours de l'exercice 2010-2011. Le tableau suivant présente celles en vigueur au 31 mars 2011.

SOMMAIRE DES AUTORISATIONS D'EMPRUNTS EN VIGUEUR AU 31 MARS 2011

BUDGET RÉGIONAL	**MONTANT TOTAL DES BUDGETS**		
Budget de fonctionnement des établissements publics de la région	732 344 438$		
Nature des autorisations	**Montant des emprunts autorisés**	**Pourcentage du budget régional**	**Montant réel des emprunts au 31 mars 2011**
Dépenses courantes de fonctionnement			
• Équilibre budgétaire	57 000 000$	7,783%	30 154 136$
Dépenses en immobilisations			
• Acquisitions autofinancées	5 145 655$	0,703%	4 671 880$
Total	**62 145 665$**	**8,486%**	**34 826 016$**

Le total des autorisations d'emprunt pour les dépenses courantes de fonctionnement a augmenté de 5,7 millions de dollars en 2010-2011 – passant ainsi de 51 millions au 31 mars 2010 et à 57 millions au 31 mars 2011. L'Agence ne peut autoriser un total d'emprunts contractés pour des dépenses d'immobilisations à la charge du fonds d'exploitation (acquisitions autofinancées) supérieur à 5,6 millions.

6.3.3 *Objectif de retour* A L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Tout comme pour 2009-2010, le niveau maximal de déficit autorisé en 2010-2011 pour l'ensemble des établissements publics de l'Estrie ne devait pas excéder la somme de 4 731 096$.

	2010-2011		
Établissements publics	**Niveau maximum de déficit d'exploitation**	**Montant réel de déficit**	**Écart**
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	4 731 096$	3 919 424$	811 672$
Centre de santé et de services sociaux des Sources	0$	26 158$	(26 158)$

Compte tenu des coupures budgétaires importantes imposées par le MSSS relativement à la Loi 100, les établissements ont déployés des efforts remarquables en 2010-2011 pour respecter le cadre budgétaire fixé par l'Agence.

Si on tient compte des contributions de l'avoir propre et des transferts interfonds, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke termine l'année financière 2010-2011 avec un déficit d'exploitation de 4 484 540$.

Le Centre de santé et de services sociaux des Sources a quant à lui terminé l'année avec un déficit au niveau de ses activités principales de 66 367$, principalement à cause de la perte de revenus de la clientèle hébergée. Toutefois, l'établissement a dégagé un surplus au niveau de ses activités accessoires de 40 209$. Le fonds d'exploitation termine donc l'année avec un déficit de 26 158$. L'établissement a débuté la mise en place de mesures pour retrouver l'équilibre budgétaire dès 2011-2012.

6.4 *Allocations des ressources*
AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2010-2011 BASE ANNUELLE	2009-2010 BASE ANNUELLE
Maintien à domicile		
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	208 019	203 940
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	123 745	121 318
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	120 986	118 614
Centre d'action bénévole de la MRC-de-Coaticook	178 018	174 528
Centre d'action bénévole de Windsor	106 114	104 033
Centre d'action bénévole du Granit	198 288	194 401
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	232 193	227 640
Centre d'action bénévole R. H. Rediker	123 108	120 694
Centre d'action bénévole Valcourt et région	95 407	93 537
Centre de bénévolat de Richmond	100 908	98 928
L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile	162 239	159 059
La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc	180 995	177 447
La Société Alzheimer de l'Estrie	89 649	87 891
Rayon de soleil de l'Estrie	75 681	74 197
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	255 357	250 350
Sercovie	233 131	228 560
Les soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie [1]		168 799
TOTAL – Maintien à domicile	**2 483 838$**	**2 603 936$**
Promotion et services à la communauté		
Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	198 051	194 168
Aide communautaire de Lennoxville et des environs (personnes âgées)	7 348	7 204
Animation jeunesse Haut-Saint-François	40 459	39 666
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	112 013	109 817

[1] Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie a changé de programme en 2010-2011 pour se retrouver en santé physique.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2010-2011 BASE ANNUELLE	2009-2010 BASE ANNUELLE
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	142 658	139 861
Association de parents PANDA de l'Estrie	142 656	139 859
Association de parents PANDA de l'Estrie	3 024	2 965
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (ASDI)	110 392	108 228
Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	51 780	50 765
Association des accidentés cérébro-vasculaires ou traumatisés crâniens Estrie (ACTE)	253 660	248 687
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	79 736	78 173
Association des sourds de l'Estrie	51 780	50 765
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Estrie (05)	28 832	28 267
Association du syndrome de Down de l'Estrie	54 414	53 347
Association Épilepsie Estrie	30 647	30 046
Association estrienne pour l'information et la formation des aînés et aînées (AEIFA)	30 511	20 720
Au point 14-18 de Danville	79 734	78 171
Azimut-Nord	42 737	41 899
Banque alimentaire Memphrémagog	89 545	87 790
Bulle et Baluchon	128 688	126 165
Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	59 818	58 645
Centre d'action bénévole de la MRC-de-Coaticook (CAB)	24 359	23 881
Centre d'action bénévole de la MRC-de-Coaticook (familles + PPP)	41 953	41 130
Centre d'action bénévole de la MRC-de-Coaticook (P.I.E.D.)	7 349	7 205
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (MG)	15 840	15 529
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (P.I.E.D.)	3 924	3 847
Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	11 179	10 960
Centre d'action bénévole du Granit (CAB)	27 016	26 486
Centre d'action bénévole du Granit (familles + PPP)	17 491	17 148
Centre d'action bénévole du Granit (P.I.E.D.)	10 076	9 878

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2010-2011 BASE ANNUELLE	2009-2010 BASE ANNUELLE
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (CAB)	10 870	10 657
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (P.I.E.D.)	7 936	7 780
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	2 625	2 574
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (CAB)	9 940	9 745
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (familles)	17 886	17 535
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (P.I.E.D.)	5 048	4 949
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie	379 445	372 005
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	76 134	74 641
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (familles)	7 787	7 635
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (violence)	156 757	139 860
Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	15 608	15 302
Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB)	9 940	9 745
Centre d'action bénévole Valcourt et région (familles)	989	970
Centre de santé des femmes de l'Estrie	142 657	139 860
Centre des femmes de la MRC du Granit	181 188	177 635
Centre des femmes du Val-Saint-François	181 374	177 818
Centre des femmes du Val-Saint-François (familles)	25 733	25 228
Centre des femmes La Parolière	181 189	177 636
Centre des femmes Lennoxville et environs	185 507	181 870
Centre des femmes Memphrémagog	181 283	177 728
Centre des jeunes de Lennoxville	80 123	78 552
Centre l'Élan	147 190	144 304
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	185 506	181 869
Centre Regroupement Jeunesse de Rock Forest	73 910	72 461
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	172 847	169 459
Corporation jeunesse Memphrémagog	96 285	94 397
Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke	86 876	85 172
Cuisines collectives «Bouchée-Double» Memphrémagog	89 545	87 790

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2010-2011 BASE ANNUELLE	2009-2010 BASE ANNUELLE
Cuisines collectives du Haut-Saint-François	79 744	78 180
Diabète Estrie	51 781	50 765
Dysphasie-Estrie	81 368	79 773
Élixir ou l'Assuétude d'Ève	142 658	139 861
Étincelles de bonheur du Haut-Saint-François	76 134	74 641
Famille Espoir	21 685	21 260
Famille Plus	21 685	21 260
Handi-capable	43 505	42 652
Intervention régionale et information sur le SIDA (IRIS Estrie)	21 458	21 037
JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie	378 436	371 016
L'A.R.C.H.E. de l'Estrie	200 346	177 420
L'Autre-Rive	142 705	139 907
L'Ensoleillée - ressource communautaire en santé mentale	119 533	117 189
L'Escale de l'Estrie	809 676	793 800
La Bouée régionale Lac-Mégantic	635 480	623 020
La Chaudronnée de l'Estrie	82 156	80 545
La Cordée, ressource alternative en santé mentale	374 627	345 068
La Croisée des Sentiers	112 043	109 846
La Cuisine Amitié de la MRC des Sources	76 134	74 641
La Grande Table	76 134	74 641
La Ligue pour l'enfance de l'Estrie	53 283	52 238
La Maison Caméléon de l'Estrie	54 380	53 314
La Maison de l'action bénévole de l'Or blanc (CAB)	16 809	16 479
La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc (familles)	4 734	4 641
La Maison de la famille du Granit	29 033	28 464
La Maison des familles FamillAction	15 309	15 009
La Maison des jeunes Actimaje	81 630	80 029
La Maison des jeunes de Coaticook	81 628	80 027

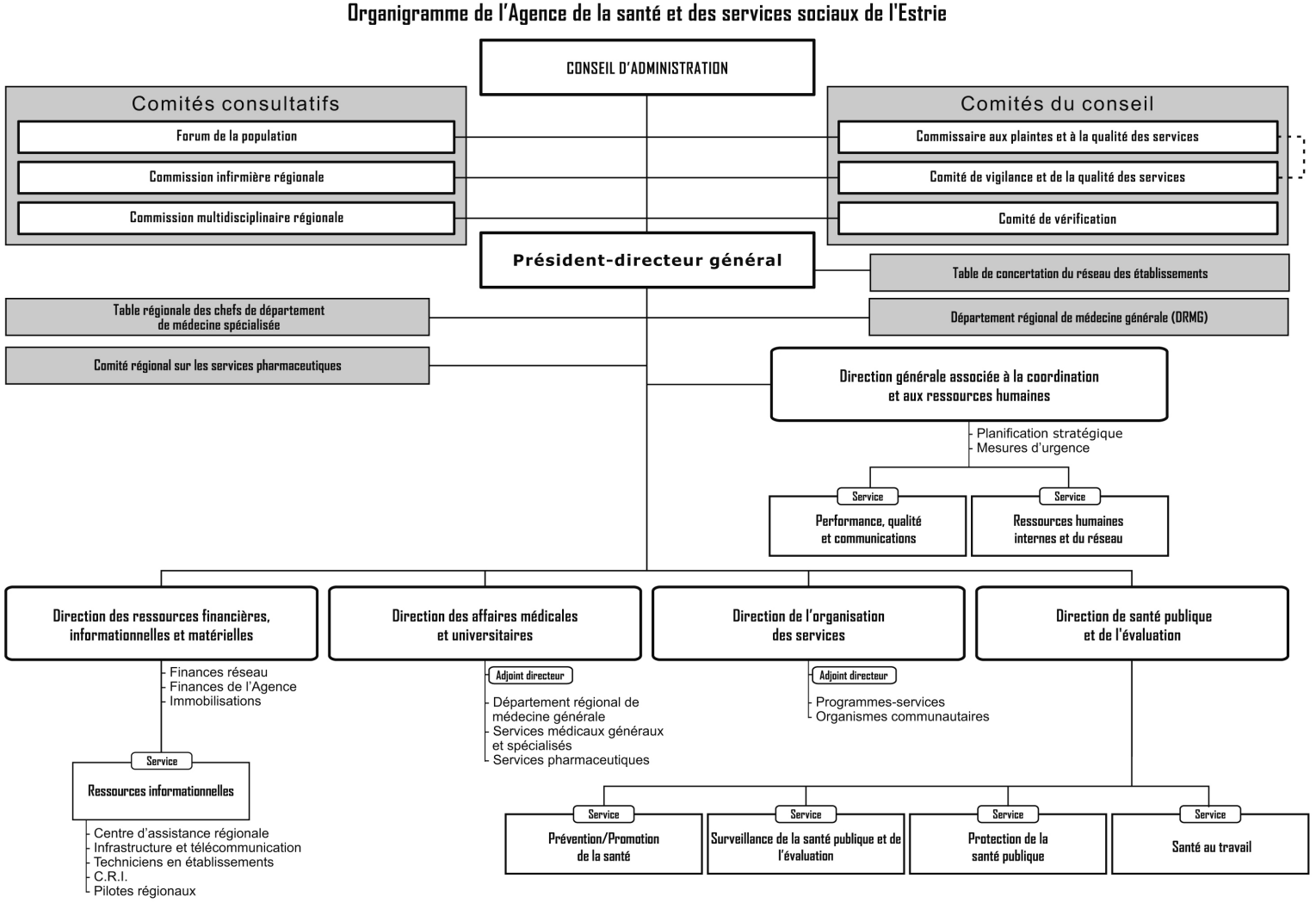
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2010-2011 BASE ANNUELLE	2009-2010 BASE ANNUELLE
La Maison des jeunes de l'Or Blanc	92 155	90 348
La Maison des jeunes de la St-François	104 605	102 554
La Méridienne 1990	635 466	623 006
La Passerelle de Weedon	181 282	177 727
La Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	27 115	26 583
La Société Alzheimer de l'Estrie	142 658	139 861
La Source-Soleil	331 534	325 033
Le Comité de la relève de Scotstown	30 977	30 370
Le Domaine de la sobriété	142 657	139 860
Le Pont, organisme de justice alternative	358 288	351 262
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	4 122	4 041
Le Rivage du Val-Saint-François	136 336	133 663
Le Seuil de l'Estrie	188 547	184 850
Les Fantastiques de Magog	76 134	74 641
Les Grands frères et grandes sœurs de l'Estrie	39 845	39 064
Les Jeunes du coin d'Ascot	80 122	78 551
Les Soupapes de la bonne humeur	76 134	74 641
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie [1]	185 309	
Les Tabliers en folie	91 520	89 726
Maison de la famille de Sherbrooke	7 839	7 685
Maison de la famille Memphrémagog	29 099	28 528
Maison des grands-parents de Sherbrooke	3 991	3 913
Maison des jeunes de Fleurimont	27 115	26 583
Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	41 497	40 683
Maison des jeunes l'Initiative	81 283	79 689
Maison Jeunes-Est	202 835	198 858
Marraine Tendresse de l'Estrie	16 896	16 565
Moisson-Estrie	145 246	142 398

[1] Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie a changé de programme en 2010-2011 pour se retrouver en santé physique.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2010-2011 BASE ANNUELLE	2009-2010 BASE ANNUELLE
MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	100 853	10 359
Naissance Renaissance Estrie	173 444	170 043
Points Jeunesse du Granit	97 468	95 557
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	110 496	108 328
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	16 968	16 635
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	99 440	97 489
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)	24 512	24 031
Ressources communautaires en santé mentale «L'Éveil»	112 227	110 026
S.O.S. Grossesse (Estrie)	142 656	139 859
S.P.E.C. Tintamarre inc.	189 775	186 054
Secours-Amitié (Estrie)	165 130	161 892
Séjour la Bonne Œuvre	624 780	612 530
Sercovie (personnes âgées)	28 690	28 127
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	142 659	139 860
Société de l'autisme et des TED de l'Estrie (SATEDE)	30 646	30 045
SPOT Jeunesse de Sherbrooke	80 123	78 552
Unité DOMRÉMY d'Asbestos	76 134	74 641
Unité DOMRÉMY Danville-Shipton	27 189	26 656
Unité DOMRÉMY de Windsor	13 751	13 481
Virage Santé Mentale	118 821	116 492
Zone libre Memphrémagog	77 283	75 768
TOTAL - Promotion et services à la communauté	**14 427 594$**	**13 810 280$**
GRAND TOTAL	**16 911 432$**	**16 414 216$**

Annexe 1

ORGANIGRAMME DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE AU 31 MARS 2011



16 avril 2010

Annexe 2

EFFECTIFS DE L'AGENCE

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'AGENCE

	AU 31 MARS 2011	AU 31 MARS 2010
Note 1 : Effectifs de l'Agence :		
Les cadres : - Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	12	13
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,8	-
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	-	-
Les employés réguliers : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	133	134
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	9,2	11,7
- Nombres d'employés en sécurité d'emploi	-	-
Les occasionnels :		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	47 684,10	44 214,34
- Équivalents temps complet (b)	26,66	24,21

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par :
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
Nombre d'heures rémunérées divisé par :
1826 heures

Annexe 3

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATRICES ET DES ADMINISTRATEURS

Adopté par le conseil d'administration le 27 mars 2001.
Révision adoptée le 8 mai 2002 par le conseil d'administration.
Révision adoptée par le conseil d'administration, le 16 mai 2007.

Déclaration de principe

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

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

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

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

Considérant les valeurs de l'organisation :

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

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

Devoirs et obligations

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

- Les administratrices et les administrateurs liés à un groupe d'intérêt peuvent le consulter et lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou est jugée confidentielle par le conseil d'administration.
- Les administratrices et les administrateurs doivent éviter de prendre des décisions partisanes.
- Après l'expiration de son mandat, toute administratrice et tout administrateur continuent de témoigner du respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

Confidentialité et conflits d'intérêts

- Toute administratrice ou tout administrateur doivent éviter tout conflit d'intérêts, ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflit d'intérêts.
- Chaque administratrice et administrateur doivent poser des gestes dont ils peuvent, lorsqu'ils en sont tenus, discuter ouvertement et sans réserve en public.
- Aucune administratrice ou aucun administrateur, autres que la présidente-directrice générale ou le président-directeur général, ou la directrice ou le directeur de santé publique, qui ont un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit leur intérêt personnel ou celui du conseil d'administration doivent, sous peine de déchéance de leur charge, dénoncer par écrit leur intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision, lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle ils ont cet intérêt est débattue. En vertu du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.01, a,10), la présidente-directrice générale ou le président-directeur général, ou la directrice ou le directeur de santé publique, doit se départir de tout intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association susceptible de la ou de le placer dans une situation de conflit d'intérêts.
- Après l'expiration de leur mandat, toute administratrice ou tout administrateur doivent respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion, dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions d'administratrice ou d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.
- Avant d'entrer en fonction, toute administratrice et tout administrateur doivent signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt et ils doivent amender et compléter cette déclaration dès qu'ils connaissent un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Activités politiques

- Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.01, a,10), la présidente ou le président du conseil d'administration, ou la première dirigeante ou le premier dirigeant d'un organisme qui a l'intention de se présenter à sa candidature à une charge publique élective, doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.
- La présidente ou le président du conseil d'administration, ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général d'un organisme qui veut poser sa candidature à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Elle ou il doit alors demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où elle ou il annonce sa candidature.

Règles relatives aux assemblées

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

Intégrité

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

Application du code

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
- Toute personne qui est d'avis qu'une administratrice ou qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit la présidente ou le

président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de cette dernière ou ce dernier, la vice-présidente ou le vice-président.

- La présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
- À défaut par la présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête, tel que mentionné au paragraphe 6.3, trois administratrices et administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
- L'administratrice ou l'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- Les personnes désignées doivent dresser un rapport à la présidente ou au président, ou à la vice-présidente ou au vice-président du conseil d'administration.
- La présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administratrices et administrateurs qu'elle ou qu'il désigne.
- À défaut par la présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président, de constituer le comité mentionné au paragraphe 6.7, trois administratrices et administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administratrices et administrateurs.
- Le comité notifie à l'administratrice ou à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires, ou aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administratrice ou l'administrateur qu'elle ou qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.
- Sur conclusion que l'administratrice ou l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administratrice ou à l'administrateur concerné.
- Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflit d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation.
- Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administratrice ou à l'administrateur concerné.
- Les délibérations de la présidente ou du président, de la vice-présidente ou du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis-clos et sont confidentielles. Seuls l'existence et la nature de la sanction et le nom de l'administratrice ou de l'administrateur visé pourront être rendus publics.
- Les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions ne peuvent être poursuivies en justice, en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Publicité du code

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

Annexe 4

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 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 :

- 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.

Signée à Sherbrooke, le 27 mai 2011

Dr Michel Baron
Président-directeur général

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	ATTENTES MINISTÉRIELLES
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer la cohérence entre les actions régionales et les orientations ministérielles par des activités administratives de planification et d'ententes structurées.

SUJETS	*RÉALISÉS*	*NON RÉALISÉS*
Dépôt du *Plan stratégique régional*	Réalisé	
Plan d'action 2011-2012 de l'Agence	Réalisé	
Dépôt, au Ministère, des ententes de gestion agence/établissement 2010-2011	Réalisé	

COMMENTAIRES

Le *Plan stratégique régional 2010-2015* (Estrie) a été déposé au MSSS en septembre 2010 et adopté par le conseil d'administration de l'Agence en décembre 2010.

Le *Plan d'action 2011-2012*, qui présente les priorités d'action mises de l'avant pour la prochaine année, a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence en janvier 2011. Il a ensuite été transmis au MSSS en février 2011 et fera l'objet de discussion au printemps 2011, en préparation de l'entente de gestion 2011-2012.

Le 5 avril 2011, l'Agence a déposé au MSSS les ententes de gestion convenues avec 13 établissements de la région.

Nom : Johanne Turgeon	Date : 31 mai 2011

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES RESSOURCES
Objectifs de résultats 2010-2015	Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources générateurs de gains de performance pour le réseau de la santé et des services sociaux.

SUJETS	*RÉALISÉS*	*NON RÉALISÉS*
Dépôt de projets d'optimisation sur les services de soutien à domicile	En cours	
Dépôt de projets d'optimisation sur les services diagnostiques		Non réalisé
Mise en place de mesures visant des regroupements d'activités liées autant à la gestion qu'à la dispensation de services	En cours	

COMMENTAIRES

Le 4 octobre 2010, l'Agence a déposé au MSSS le *Plan d'optimisation des ressources 2010-2014*. Les travaux qui sont et seront conduits en Estrie sont présentés en trois volets.

Le premier volet porte sur les mesures et les modalités mises en place pour l'année 2010-2011 afin d'atteindre les paramètres mis de l'avant par l'adoption du projet de loi n° 100, par l'Assemblée nationale, le 11 juin 2010.

Le deuxième volet décrit les mesures et les modalités en processus de travail avec la Table régionale des directeurs généraux de l'Estrie pour la période 2011-2014.

Finalement, le troisième volet présente les mesures et les modalités mises en place en regard de la productivité et de l'accessibilité aux services depuis trois ans et la nature des travaux qui seront conduits dans ce domaine au cours des prochaines années en recherche de performance.

Nom : Johanne Turgeon	Date : 31 mai 2011

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	BUDGET GLOBAL
Objectifs de résultats	Mise en place de mesures pour réduire de 10 % les dépenses de nature administrative au terme de l'exercice 2013-2014.

SUJET	*RÉALISÉ*	*NON RÉALISÉ*
Dépôt des mesures pour réduire de 10 % les dépenses de nature administrative	Réalisé	

COMMENTAIRES

Pour l'année 2010-2011, les établissements ont mis en place des mesures locales pour gérer la diminution des dépenses attendues en regard des frais de déplacements, des frais reliés à la formation et des frais reliés aux communications.

Au niveau régional, l'Agence a revu la programmation annuelle de développement des compétences du personnel réseau afin de diminuer le nombre de formation et réviser les priorités par programmes-services.

En regard de la réduction des effectifs des secteurs administratifs, trois chantiers de travail sont en cours afin de donner des résultats d'ici 2014, soient : la présence au travail, le traitement de la paie, les contrats et l'entretien des équipements médicaux.

Un comité de pilotage des directeurs généraux est en place pour assurer la coordination des projets d'optimisation et mettre en œuvre de nouveaux projets.

Nom : Johanne Turgeon	Date : 31 mai 2011

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	APPROVISIONNEMENT
Objectifs de résultats 2010-2015	Prioriser l'achat des produits dans la réserve provinciale par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

SUJETS	*RÉALISÉS*	*NON RÉALISÉS*
Informer les établissements de la région qu'ils doivent commander en priorité les produits dont ils ont besoin de la réserve provinciale, lorsque ceux-ci sont disponibles.	Réalisé	
Veiller à ce que les établissements et les groupes d'approvisionnement en commun évaluent et conviennent de la manière d'écouler la réserve et, au besoin, qu'ils prennent les arrangements requis avec les fournisseurs.	En cours	

COMMENTAIRES

Depuis octobre 2010 :

- différentes communications ont été transmises aux établissements à ce sujet;
- le groupe régional d'approvisionnement en commun (CSRE) est activement mis à contribution auprès des établissements de la région;
- l'Agence a soumis cet objectif aux membres des tables régionales (TRRFM et TCRE) et a rappelé aux établissements l'importance de contribuer à l'effort demandé.

Avril 2011 : Des mesures supplémentaires visant des produits ciblés ont été prises avec les établissements sous la gouverne du groupe régional d'approvisionnement en commun (CSRE). Il est prévu de mettre en place une procédure afin d'orienter les commandes vers la réserve. Un mécanisme de suivi de la procédure est prévu.

Résultat (en date du 30 avril 2011) :

Valeur cumulative des achats de la réserve pour l'Estrie (en % des achats totaux pour l'ensemble de la province)
= 8,5 % (60 520 $/708 600 $ total), ce qui représente un effort relativement plus important que notre poids régional (± 4 %).

Nom : Christian Couture	Date : 31 mai 2011

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	QUALITÉ DES SERVICES
Objectifs de résultats	Finaliser le premier tour du processus de certification des résidences pour personnes âgées.

SUJET	*RÉSULTAT 2010-2011**
Certification des résidences pour personnes âgées	81 résidences certifiées sur 121 (66,9 %)

COMMENTAIRES

Au 31 mars 2011, 40 résidences n'ont pas obtenu leur première certification : 4 sont de nouvelles résidences et 36 sont en attente de certification pour des éléments de non-conformité liés à la sécurité incendie (Plan de sécurité incendie non viable par manque de personnel ou d'équipement) et liés à l'usage de leur bâtiment compte tenu de la clientèle hébergée (bâtiment de type « Habitation », combustible, dans lequel habitent des personnes qui nécessitent des soins et requièrent de l'aide pour évacuer de façon sécuritaire la résidence).

Ces 36 résidences en « tolérance administrative » ont été analysées selon la procédure convenue par le Comité intersectoriel en sécurité incendie. Les résidences identifiées non conformes aux articles 19 et 24 sont réparties comme suit :

- 29 résidences de chambres;
- 3 résidences mixtes (chambres et appartements);
- 4 résidences d'appartements.

L'évaluation de la capacité d'évacuation de la clientèle a débuté en juillet 2010, en utilisant l'*Outil d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle d'une personne âgée dans un contexte d'évacuation et d'un changement d'usage du bâtiment*, fourni par le MSSS. L'évaluation portait sur la clientèle connue des CSSS dans le cadre du programme de Soutien à domicile.

- 31 résidences hébergeaient des personnes requérant des services d'aide aux activités quotidiennes et aux activités domestiques ainsi que de l'aide pour l'évacuation (double alerte);
- Des signalements ont été transmis à la Régie du bâtiment du Québec (RBQ) pour un changement d'usage dans 24 résidences de chambres et 2 résidences mixtes.

D'autres signalements sont en attente d'approbation par le MSSS pour 3 résidences de chambres et 1 résidence mixte; ces dernières sont en attente de la validation de leur Plan de sécurité incendie (exercice d'évacuation pour déterminer la viabilité du Plan de sécurité incendie).

Les résidences d'appartements (2) ne sont pas du ressort de la RBQ; le suivi est assuré par le Service incendie et les 5 résidences qui n'accueillent pas de personnes « doubles alertes » sont en suivi pour le Plan de sécurité incendie.

Le processus de renouvellement est en cours et se déroule selon les exigences légales. La région de l'Estrie ne présente pas de retard. Certaines résidences en renouvellement présentent aussi des non-conformités en lien avec la sécurité incendie et l'usage de leur bâtiment, compte tenu de la clientèle hébergée.

Nom : France Massicotte-Dagenais	Date : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	SANTÉ PUBLIQUE
Objectifs de résultats 2010-2015	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	*RÉSULTAT* 2009-2010*	*CIBLE 2010-2011*	*RÉSULTAT** 2010-2011*
1.1.12 – Proportion des femmes nouvellement inscrites aux *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) au cours de l'année financière 2010-2011	92,4 %	92,0 %	86,1 %

COMMENTAIRES

Les *services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE) visent à rejoindre les femmes enceintes qui correspondent à l'un des critères suivants :

- être âgée de 19 ans ou moins à la naissance de l'enfant (profil du Programme de soutien aux jeunes parents [PSJP])

  OU

- avoir 20 ans ou plus, une scolarité inférieure au secondaire 5 ET un revenu familial inférieur aux seuils de faible revenu (profil extrême pauvreté).

Le nombre de femmes correspondant à l'un ou l'autre des critères est estimé à 346 dans la région de l'Estrie. Ce nombre est déterminé par le MSSS, à partir des projections 2010-2011 du nombre de femmes ayant accouché.

Au cours de l'année 2010-2011, 298 (86,1 %) femmes enceintes correspondant aux profils PSJP ou extrême pauvreté ont été rejointes par les CSSS et 28 autres étaient suivies par la Villa Marie-Claire inc., un établissement de réadaptation s'adressant aux mères en difficultés graves d'adaptation et étroitement impliqué dans les SIPPE. Les 28 clientes enceintes qui ont bénéficié de leurs services sont réparties dans l'ensemble de la région.

Au total, 326 femmes ont été rejointes en Estrie, ce qui représente 94 % des 346 femmes ciblées. La cible 2010-2011 établie à 92 % a donc été dépassée.

La région de l'Estrie a obtenu une 8e position sur les 16 régions sociosanitaires du Québec. Malgré la cible de la région non atteinte en 2010-2011, il faut tout de même souligner que son résultat de 86,1 % se situe au-dessus de la cible ministérielle 2010-2011 qui était de 80 %.

Nom : Renée Cyr	Date : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010.
**Résultats en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	SANTÉ PUBLIQUE
Objectifs de résultats 2010-2015	Augmenter la proportion des 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*
1.1.14 – Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre DCaT-Polio Hib dans les délais	61,1 %	75,0 %	60,5 %
1.1.15 – Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	37,9 %	75,0 %	42,2 %
1.1.16 – Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre le pneumocoque (Prevnar) dans les délais	61,5 %	75,0 %	60,8 %

COMMENTAIRES

Rappel : Il s'agit d'indicateurs de performance pour offrir le service en temps opportun et vacciner 75 % des enfants ciblés dans les 7 jours de la date prévue pour ces 3 vaccins, qui servent de marqueurs. Il ne s'agit pas d'une couverture vaccinale, puisque seuls les enfants ayant reçu les vaccins en question à leur CSSS sont considérés dans les calculs. Sont donc exclus de ce bilan les enfants qui reçoivent un de ces vaccins exclusivement hors CSSS, ainsi que les enfants qui ne les reçoivent pas.

Cette année, aucun des CSSS n'atteint la cible de 75 %.

- Pour les vaccins à l'âge de 2 mois (indicateurs 1.1.14 et 1.1.16), quatre CSSS ont un bilan comparable à celui de l'an dernier, deux CSSS qui atteignaient la cible l'an dernier ont une baisse de 7 à 15 % cette année alors qu'un seul est en hausse notable avec un gain de 17 % et s'approche maintenant de la cible. La performance régionale, au final, demeure comparable à celle de l'an dernier à 61 %.
- Pour le vaccin marqueur à l'âge de 1 an (vaccin contre le méningocoque), les performances varient avec quatre CSSS qui montrent une hausse de 8 à 24 % et les trois autres qui présentent une baisse 5 à 15 % par rapport à l'an dernier. Pour tous, cependant, la cible à atteindre demeure lointaine avec une performance stationnaire à 42 % au niveau régional, variant de 28 à 56 % dans les CSSS.

L'explication de ces résultats demeure multifactorielle. À l'échelle régionale, le sous-comité 0-2 ans a terminé ses travaux et produit le *Plan d'action régional en vaccination pour les 0-2 ans* (PAVE 0-2 ans) que le Comité directeur de santé publique a adopté en 2011. Le PAVE prévoit, entre autres, la mise en place de stratégies pour améliorer les retards en vaccination chez les tout-petits ainsi que l'évaluation de ces stratégies d'ici 2013. Des indicateurs régionaux en vaccination ont été ajoutés en 2011 pour mieux apprécier l'évolution de la performance dans les délais de 1 mois de la date prévue; l'atteinte de chacune de ces cibles régionales, fixées à 90 % par le Comité directeur, s'accompagnera d'un bonus financier de l'Agence qui en a fait une priorité régionale.

À l'échelle provinciale, les indicateurs nationaux seront modifiés en 2011-2012 pour permettre une appréciation à 2 semaines de la date prévue de chacun des vaccins, plutôt qu'à 1 semaine; à noter que la 1re dose du vaccin RRO à l'âge de 1 an (nouvel indicateur 1.1.16.1) remplacera l'indicateur 1.1.16 (vaccin pneumocoque) comme marqueur de retard vaccinal.

Si on compare l'Estrie aux autres régions, celle-ci n'a atteint qu'une 13e place sur 16, et ce, pour chacun des 3 indicateurs.

* Selon les données de Logivac, environ les 2/3 des enfants de cet âge reçoivent ces vaccins à leur CSSS (cohorte de naissance de 3387 enfants inscrits au registre régional au 31 mars 2011).

Nom : Suzanne Ménard	Date : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010.
**Résultats en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le *Programme national de santé publique* (PNSP). • 85 % des activités prévues au PNSP implantées d'ici 2015

INDICATEUR	*RÉSULTAT* 2010-2011*
1.1.20 – Pourcentage moyen d'implantation des activités du *Programme national de santé publique* (PNSP)	87,2 %

COMMENTAIRES

Les 75 activités du PNSP sont implantées à 87 % selon la méthode de calcul établie par le MSSS. Cette méthode ne permet pas d'évaluer l'étendue et la profondeur des activités évaluées. Bien que l'objectif 2015 du MSSS soit atteint (85 %), beaucoup de travail reste à faire pour consolider les acquis et les nouveaux programmes en période d'optimisation.

Nom : Louise Soulière	Date : 31 mai 2011

* Résultat en date du 27 mai 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS
Objectifs de résultats 2010-2015	Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local. • 55 % d'implantation des RSIPA à l'échelle du Québec d'ici 2015

INDICATEUR	*RÉSULTAT* 2010-2011*
1.3.6 – Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	72,08 %

COMMENTAIRES

Comparativement à l'exercice de 2009-2010 (69,26 %), la région de l'Estrie a amélioré son résultat en 2010-2011 de près de 3 %. En effet, les établissements ont pu compléter des actions entreprises en 2009-2010 en formalisant des procédures et politiques. Selon les établissements, le gain est de moins d'un point de pourcentage, alors que pour d'autres le gain est de 9 %.

Ce résultat est d'autant plus significatif que l'implantation de l'application informatique RSIPA aura nécessité du temps d'adaptation au cours des premiers mois de 2010-2011, du fait également que le PSI comme outil informatisé est à une forme minimale comparativement à ce que les intervenants avaient dans l'ancienne application informatique SIGG.

L'ensemble des composantes ont connu une progression, particulièrement par la présence de processus d'encadrement des gestionnaires de cas dans certains territoires. La région se démarque également avec la plus grande proportion (46,6 %) d'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) fait par rapport au nombre de personnes ayant reçu des services de soutien à domicile, alors que cette donnée se chiffre à 24,4 % à l'échelle provinciale. L'implantation de l'utilisation de cet outil remonte déjà à dix ans, ce qui en fait une pratique bien établie.

L'objectif de maintien du degré d'implantation pour les prochaines années est d'autant plus important que l'atteinte de 70 % permet d'observer des impacts sur le maintien de l'autonomie de la clientèle rejointe selon l'expérimentation de l'étude PRISMA effectuée dans les années 2000. Nous avons donc quatre des sept CSSS qui affichent un taux supérieur à 70 %.

La cible provinciale d'un degré d'implantation à 55 % d'ici 2015 est déjà atteinte.

L'Estrie obtient un excellent résultat, si on la compare aux 15 autres régions du Québec, puisqu'elle se positionne au 1er rang sur 16.

Nom : Louise Constantin	Date : 31 mai 2011

* Résultat en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	ADAPTATION DES SERVICES
Objectifs de résultats 2010-2015 (Indicateur 1.3.7)	Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées. • 60 % des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche gériatrique d'ici 2015
Objectifs de résultats 2010-2011 (Indicateur 1.3.9)	• 100 % des préalables liés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier dans les établissements ayant la mission CHSGS

SUJETS	*RÉSULTATS* 2010-2011*
Implantation de quatre préalables :	
- L'utilisation d'un outil de repérage à l'urgence;	100 %
- La mise en place et l'application des mécanismes de suivi requis pour les repérages positifs;	100 %
- La présence d'un intervenant pivot ou de liaison à l'urgence dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables et qui assure les liens interétablissements;	80 %
- L'application d'un programme de marche (ou de mobilité) à l'urgence ou aux unités d'hospitalisation.	20 %

COMMENTAIRES

En Estrie, cinq établissements sont concernés par cet indicateur.

Tous les établissements utilisent l'outil PRISMA 7 à l'urgence et ont des mécanismes de suivi des résultats positifs autant pour le suivi à l'intérieur de leur établissement qu'auprès d'autres établissements (mission CLSC dans les CSSS).

En ce qui concerne la présence d'un intervenant pivot à l'urgence, dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables, le déploiement est observé dans quatre établissements de même que dans une des deux installations du CHU régional.

Enfin, pour les préalables de l'application d'un programme de marche ou de mobilité, un des cinq établissements a systématisé des actions en ce sens, mais de manière graduelle. L'analyse du plan d'action des autres établissements permet d'identifier des échéanciers de déploiement durant l'année 2011-2012.

La région obtient une 7e position sur 16 régions pour ses résultats de l'indicateur 1.3.9.

Nom : Louise Constantin	Date : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE PHYSIQUE
Objectifs de résultats 2010-2015	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEUR	*RÉSULTAT* 2009-2010*	*CIBLE 2010-2011*	*RÉSULTAT** 2010-2011*
11.4.1 – Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 583	1 800	1 577

COMMENTAIRES

Depuis les deux dernières années, les établissements font des efforts considérables pour augmenter leur taux de desserte (le taux régional étant de 12,4 % au 31 mars 2011 par rapport à la cible de 16,8 %); toutefois, ces efforts demeurent toujours insuffisants.

Au cours des 5 dernières années, le nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS de l'Estrie s'est toujours maintenu entre 10 % et 20 % sous la cible visée alors que l'intensité des services rendus s'est maintenue à environ 30 % au-dessus de la cible. À titre d'exemple, l'intensité des services établie à 39,2, au 31 mars 2011, se situe bien au-dessus de la cible de 21,5 du MSSS, ce qui nous permet de conclure que les usagers reçoivent les services requis par leur situation.

Puisque les efforts de recrutement ne semblent pas porter fruit, un certain doute est soulevé à l'effet que la cible du nombre de personnes à rejoindre serait peut-être surestimée, d'autant plus que les délais d'accès à ces services sont sous la barre des 30 jours.

Malgré tout, des efforts seront quand même déployés afin de développer des nouvelles stratégies de recrutement de la clientèle.

L'Estrie ne se positionne qu'au 9e rang des 16 régions du Québec. Si on considère le pourcentage d'atteinte de la cible ministérielle 2010-2011, la région a obtenu un résultat de 71,6 %, ce qui n'est que très légèrement sous la moyenne provinciale de 72,5 %.

Nom : Saunia Caron	Date : 31 mai 2011

* Résultat en date du 31 mars 2010.
**Résultat en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis, selon les niveaux de priorité urgente, élevée et modérée. • 90 % des personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis d'ici 2015

SUJET	*RÉSULTAT* 2010-2011*
Dépôt du bilan d'implantation du plan d'accès en déficience	En cours de réalisation

COMMENTAIRES
Le canevas du bilan PRAAC *(Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité)* 2010-2011 et la planification 2011-2012 sont en élaboration. L'ensemble des gestionnaires locaux du plan d'accès sont à faire leur bilan afin qu'un document régional soit acheminé au MSSS pour le 17 juin 2011, tel que demandé.

Nom : Saunia Caron	Date : 31 mai 2011

* Résultat en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis, selon les niveaux de priorité urgente, élevée et modérée. • 90 % de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis d'ici 2015

INDICATEURS	*RÉSULTATS* 2009-2010*	*CIBLES 2010-2011*	*RÉSULTATS** 2010-2011*
1.45 – Pourcentage des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*			
1.45 – Toutes déficiences (tous âges, tous niveaux de proportion, tous lieux)	92 %	75 %	94,5 %
1.45.45.2 – **URGENT** (toutes déficiences, tous âges, tous lieux)	25 %	90 %	55,5 %
1.45.45.3 – **ÉLEVÉ** (toutes déficiences, tous âges, tous lieux)	ND	90 %	94,4 %

COMMENTAIRES

1.45 - La cible est dépassée et le résultat est même supérieur à celui de 2009-2010, puisque 903 demandes ont été traitées dans les délais sur un total de 956.

1.45.45.2 - La cible n'est pas atteinte, il faut par contre mentionner qu'il s'agit d'un petit nombre de demandes et que souvent le délai est dépassé de peu (d'une journée à trois jours). Cinq demandes sur neuf ont été traitées dans les délais établis.

1.45.45.3 - La cible est dépassée, car 818 demandes sur 867 ont été traitées dans les délais établis.

Pour l'indicateur 1.45, l'Estrie se situait, au 31 mars 2011, au 2e rang des 16 régions du Québec.

Nom : Saunia Caron	Date : 31 mai 2011

* Nouvel indicateur ajouté en 2010-2011.
**Résultats en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	Jeunes en difficulté
Objectifs de résultats 2010-2015	Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté. • 100% des territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert d'ici 2015 • 100% des territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert d'ici 2015

SUJET	*RÉALISÉ*	*NON RÉALISÉ*
Dépôt du plan de travail sur l'implantation des programmes d'intervention en négligence et d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu	Réalisé	

COMMENTAIRES
Les plans de travail détaillés ont été transmis au MSSS le 31 mars 2011.

Nom : Josianne Desnoyers	Date : 31 mai 2011

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE – JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

INDICATEUR	*RÉSULTAT* 2009-2010*	*CIBLE 2010-2011*	*RÉSULTAT** 2010-2011*
1.6.4 – Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	26,3	12,0	14,9

COMMENTAIRES

Le délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse est passé de 26,3 jours au 31 mars 2010 à 14,9 jours à la fin de l'année 2010-2011. Ceci constitue une amélioration notable, malgré le fait que l'établissement n'atteint pas la cible de 12 jours.

Au 31 mars 2010, il y avait un nombre très élevé de dossiers en attente à l'évaluation (74 dossiers). À l'automne 2010, deux nouveaux postes ont été créés, permettant de réduire le nombre de dossiers en attente, et par le fait même, améliorer le délai d'attente moyen.

La fonction de l'évaluation à la Protection de la jeunesse demeure un enjeu constant pour l'établissement quant au recrutement, à l'intégration et à la rétention de son personnel.

L'Estrie n'a réussi qu'une 9e position sur 15 régions sociosanitaires. Par contre, il faut noter que son résultat de 14,9 jours se situe sous la moyenne de la province, qui elle, s'établit à 16,5 jours.

Nom : Josianne Desnoyers	Date : 31 mai 2011

* Résultat en date du 31 mars 2010.
**Résultat en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins. • 80% des personnes ayant une dépendance évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins d'ici 2015

INDICATEUR	*RÉSULTAT* 2009-2010*	*CIBLE 2010-2011*	*RÉSULTAT** 2010-2011*
1.7.4 – Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours.	ND	ND	55 %

COMMENTAIRES

Le résultat au 31 mars 2011 correspond à 55% des usagers (524 sur 960) qui ont été évalués dans un délai de 15 jours. Considérant qu'il s'agit de la première année de suivi de cet indicateur, il s'agira de notre point de départ pour tendre vers la cible 2015, étant de 80%.

Ce résultat est appréciable pour la région, car l'année 2010-2011 en a été une de transition avec l'implantation par notre centre de réadaptation en dépendance du Programme régional d'évaluation spécialisée (PRÉS). L'établissement a implanté ce programme en octobre 2010 à Sherbrooke et à Magog en janvier 2011.

Les retombées positives de l'implantation de ce programme se font déjà ressentir. Depuis l'implantation de ce projet pilote en octobre 2010, on constate :

- une hausse du nombre d'usagers en besoin de services spécialisés en dépendance desservis (seulement à Sherbrooke, une augmentation de 25% des usagers desservis : 856 usagers en 2011 versus 686 pour la même période en 2010) ;
- une baisse de 33% du nombre d'usagers (50 au 31 mars 2011 versus 75 au 31 mars 2010) en attente à Sherbrooke et Magog, et ce, malgré une hausse de demandes de l'ordre de 25 %.
- un délai moyen d'attente pour une première intervention (rendez-vous avec l'équipe PRÉS) de 9,6 jours versus 26,3 pour la même période l'an dernier.

Ainsi, l'implantation de ce programme a des effets bénéfiques sur la clientèle et contribuera à augmenter le pourcentage de personnes évaluées dans un délai de 15 jours dans les prochaines années.

Nom : Josianne Desnoyers	Date : 31 mai 2011

* Nouvel indicateur ajouté en 2010-2011.
**Résultat en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	SANTÉ MENTALE
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves. • 100 places par 100 000 adultes en suivi intensif

INDICATEUR	*RÉSULTAT* 2009-2010*	*CIBLE 2010-2011*	*RÉSULTAT** 2010-2011*
1.8.6 - Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans ou plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13,8	12	7,8

COMMENTAIRES

La cible 2010-2011 n'a pas été atteinte pour la région.

Depuis la fin janvier 2011, il y a une prise en charge de la clientèle nécessitant un suivi intensif pour le territoire de Sherbrooke. Une demi-équipe est complète depuis le mois de mai 2011 (6 intervenants). Environ 10 à 12 personnes bénéficient du suivi intensif présentement sur le territoire de Sherbrooke. Ces personnes sont vues au moins 4 fois par période administrative selon les recommandations du Centre national d'excellence en santé mentale. Présentement, 30 personnes seraient en attente pour ce service. L'objectif est d'assurer entre 40 et 44 suivis d'ici l'automne 2011.

Au 31 mars 2011, la région de l'Estrie se positionnait au 13e rang sur 16 régions du Québec pour cet indicateur.

Nom : Marie-Hélène Ferragne	Date : 31 mai 2011

* Résultat en date du 31 mars 2010.
**Résultat en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	URGENCES
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière. • Séjour moyen sur civière de 12 heures ou moins • Moins de 1 % des séjours de 48 heures et plus sur civière d'ici 2015

INDICATEURS	*RÉSULTATS* 2009-2010*	*CIBLES 2010-2011*	*RÉSULTATS** 2010-2011*
1.8.7 - Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale (heures) (Estrie)	29,8	18	28,4
1.8.8 - Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale (Estrie)	19,3 %	0,00 %	19,3 %

COMMENTAIRES

La durée de séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale a légèrement diminué comparativement à l'an dernier, passant de 29,8 à 28,4 heures. La problématique des lits occupés par des patients en attente de transfert sur les unités de soins demeure entière et explique, en bonne partie, la performance de l'année. L'augmentation des besoins et l'alourdissement de la condition de la clientèle est aussi un facteur à considérer dans l'analyse des résultats.

L'amélioration du fonctionnement de l'urgence du CHUS Hôtel-Dieu – volet santé mentale fait partie des priorités régionales et différentes mesures sont en cours (voir fiche Spécificités régionales – Santé mentale).

En fin d'année 2010-2011, l'Estrie se situait aux 12e et 14e rang, respectivement, sur les 15 régions sociosanitaires ayant rapporté des renseignements pour ces indicateurs.

Nom : Marie-Hélène Ferragne	Date : 31 mai 2011

* Nouvel indicateur ajouté en 2010-2011.
**Résultats en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	SANTÉ MENTALE
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécialisés de 2e et de 3e ligne à l'intérieur de 60 jours.

INDICATEUR	*RÉSULTATS* 2009-2010*	*CIBLES 2010-2011*	*RÉSULTATS** 2010-2011*
1.8.10 - Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	168	33	167
Moins de 18 ans	0	0	43
18 ans ou plus	168	33	124

COMMENTAIRES

Pour les usagers de plus de 18 ans, une hausse du nombre d'évaluations effectuées par les psychiatres du CHUS a été notée. En effet, l'an dernier, 168 usagers avaient un délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne supérieur à 60 jours, tandis qu'au 31 mars 2011, il n'y en avait plus que 124, ce qui constitue une baisse de 26,2 %.

Pour les moins de 18 ans, il y a eu une augmentation des références en pédopsychiatrie. Une entente sera signée entre le CHUS et le CRDITED Estrie concernant la clientèle DI-TED requérant des services des 2 établissements afin d'améliorer le continuum de services.

L'Estrie a terminé l'année au 8e rang sur 13 régions du Québec.

Nom : Marie-Hélène Ferragne	Date : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010.
**Résultats en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	URGENCES
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière. • Séjour moyen sur civière de 12 heures ou moins • Moins de 1 % des séjours de 48 heures et plus sur civière d'ici 2015

INDICATEURS	*RÉSULTATS* 2009-2010*	*CIBLES 2010-2011*	*RÉSULTATS** 2010-2011*
1.9.1 - Séjour moyen sur civière (heures)	11,9	10,8	12,2
1.9.2 - Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans ou plus (heures)	13,3	13,0	13,6
1.9.3 - Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,1 %	1,8 %	2,2 %
1.9.4 - Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans ou plus	1,8 %	1,6 %	1,5 %

COMMENTAIRES

Les établissements travaillent avec le *Guide des urgences :* les priorités 2010-2012 identifiées dans ce document, en lien avec cet indicateur, sont :

- santé mentale : s'assurer que les séjours à l'urgence respectent la norme maximale de 11 heures par la mise en place de solutions de remplacement à l'observation prolongée à l'urgence;
- mise en œuvre du programme Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier à l'urgence;
- recours à des ordonnances collectives pour accélérer les processus de soins, autant pour les patients sur civière que pour les patients en ambulatoire.

Plusieurs efforts ont été faits par les établissements au quotidien pour réduire la durée de séjour sur civière des patients et, plus particulièrement, pour la clientèle âgée aux prises avec diverses problématiques. Cette clientèle âgée requiert plusieurs types de consultations et d'examens diagnostiques. Actuellement, dans la pratique, aucune distinction systématique n'est faite en raison de l'âge.

Les processus de travail ont été révisés en 2010-2011. Les établissements comptent revoir en 2011-2012 la pratique médicale des médecins d'urgence face aux hospitalisations brèves. De plus, l'impact de la modification de la nouvelle codification au triage à l'urgence sera suivi. Cette nouvelle codification pourrait avoir des répercussions sur les activités cliniques.

L'Estrie a connu une bonne performance pour ces indicateurs, se positionnant entre le 2e et le 4e rang sur 15 régions du Québec.

Nom : Sylvie Gendron	Date : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
**Résultats en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	MÉDECINE ET CHIRURGIE
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis. • Accès aux services dans les délais établis pour les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire (chirurgie cardiaque et électrophysiologie)

INDICATEURS	*RÉSULTATS* 2009-2010*	*CIBLES 2010-2011*	*RÉSULTATS** 2010-2011*
1.9.9 - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque Catégorie A : moins de 2 semaines	88 %	100 %	95 %
Catégorie B : de 2 semaines à 3 mois	87 %	90 %	73 %
1.9.10 - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie Catégorie A : moins de 72 heures	96 %	100 %	93 %
Catégorie B : de 72 heures à 3 mois	31 %	60 %	27 %

COMMENTAIRES

1.9.9 - Malgré que la cible ne soit pas atteinte en 2010-2011, une amélioration est notée par rapport aux résultats de 2009-2010 pour la catégorie A. Concernant la catégorie B, nous notons un écart important de 17 %. L'établissement met toujours l'accent sur les priorités 1 et 2. Par contre, la disponibilité des ressources (anesthésistes, infirmières) et l'accessibilité qui doit être assurée pour l'ensemble des spécialités chirurgicales limitent le nombre de disponibilités opératoires pour les chirurgies cardiaques. Les disponibilités des ressources infirmières aux soins intensifs sont aussi un facteur influençant l'atteinte des cibles.

1.9.10 - La cible n'est pas atteinte pour les deux catégories. Afin d'éviter des délais importants pour les priorités de la catégorie A, l'établissement a mis l'accent sur celles-ci. En même temps, l'information au sujet de l'ouverture officielle de la salle d'électrophysiologie était transmise et le nombre de demandes d'interventions a augmenté de façon considérable (certains patients étaient auparavant directement dirigés vers Montréal ou Québec, faute de services en région). Depuis la période qui s'est terminée le 4 décembre 2010, soit depuis l'ouverture de la salle à temps complet, le pourcentage de demandes réalisées de catégorie A a par le fait même augmenté, passant de 88 % (avant l'ouverture de la salle) à 93 %.

Seules 3 régions ont rapporté des résultats pour ces indicateurs. L'Estrie s'est systématiquement classée au 1er ou 2e rang pour chacun des 4 indicateurs présentés.

Nom : Denyse Lamontagne	Date : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010.
**Résultats en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	MÉDECINE ET CHIRURGIE
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois. • 90 % des personnes inscrites au mécanisme central ont accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois (chirurgies d'un jour; chirurgies avec hospitalisation; arthroplastie du genou)

INDICATEURS	*RÉSULTATS* 2009-2010*	*CIBLES 2010-2011*	*RÉSULTATS** 2010-2011*
1.9.21 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou (6 mois)	78 %	100 %	86 %
1.9.23 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour.	95 %	90 %	91 %
1.9.24 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation.	98 %	90 %	93 %

COMMENTAIRES

1.9.21 - La cible n'est pas atteinte. Un déficit de 7,5 % est noté quant à l'engagement prévu pour la réalisation de 240 arthroplasties totales du genou en Estrie. Toutefois, le nombre de patients en attente depuis plus de 6 mois a diminué sensiblement, passant de 15 en début d'année, à 2 au 31 mars 2011.

L'établissement assure qu'il y a un travail quotidien et rigoureux d'effectué afin d'améliorer les performances. Des procédures et des outils sont en implantation pour assurer un meilleur suivi de la clientèle. Un suivi de non-disponibilité des patients est réalisé et est en amélioration constante, ce qui donnera le temps réel d'attente de la clientèle.

Enfin, la majorité des cas hors délais pour les arthroplasties totales du genou appartiennent au même chirurgien. Une entente de projet pilote a été mise en place avec le CSSS Memphrémagog pour diminuer la liste d'attente des arthroplasties totales du genou de ce chirurgien; 35 cas ont donc été référés sur une cible de 40.

1.9.23 - La cible de 90 % a été dépassée, il y a toutefois eu diminution par rapport au résultat de l'année 2009-2010.

1.9.24 - La cible de 90 % a été dépassée, il y a toutefois eu diminution par rapport au résultat de l'année 2009-2010.

Si on la compare aux 15 régions ayant rapporté des résultats, l'Estrie n'a pas connu une bonne performance, puisqu'elle ne s'est positionnée qu'au 11e ou 13e rang pour ces trois indicateurs.

Nom : Denyse Lamontagne	Date : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
**Résultats en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU
Objectifs de résultats 2010-2015	Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé. • Diminution de 7,1 % du ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées d'ici 2015 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité et le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique. • Diminution de 10 % du nombre d'heures travaillées en heures supplémentaires d'ici 2015 • Diminution de 25 % des heures travaillées par du personnel en soins infirmiers à l'emploi des agences privées d'ici 2015 (autres secteurs à préciser)

INDICATEURS	*RÉSULTATS* 2009-2010*	*CIBLES 2010-2011*	*RÉSULTATS** 2010-2011*
3.1 - Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,42 %	5,30 %	5,43 %
3.5 - Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières et par l'ensemble du personnel du réseau			
3.5.1 – Personnel infirmier	4,73 %	3.87 %	4,97 %
3.5.2 – Personnel du réseau	2,78 %	Suivi	3,01 %
3.6 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers			
3.6.1 – Personnel infirmier	0,56 %	Suivi	0,38 %
3.6.2 – Personnel infirmier auxiliaire	0,44 %	Suivi	0,17 %
3.6.3 – Personnel préposé aux bénéficiaires	0,04 %	Suivi	0,02 %

COMMENTAIRES

3.1 - Ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées
La performance 2010-2011 de la région a baissé de 0,1 % par rapport aux résultats 2009-2010.

3.5 - Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières et par l'ensemble du personnel du réseau
Malgré la cible non atteinte, le recours aux heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier et le personnel réseau demeure relativement bas.

3.6 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers
Très faible utilisation de la main-d'œuvre indépendante dans la région. Excellente performance pour l'année 2010-2011.

La région de l'Estrie a réussi à se classer au ou près du 1er rang pour les indicateurs 3.1, 3.6.1, 3.6.2 et 3.6.3. Par contre, elle n'a atteint que les 14e et 15e positions pour les indicateurs 3.5.1 et 3.5.2, ceci étant dû aux engagements très bas que la région a pris auprès du MSSS, engagements qu'elle n'a pas atteints.

Nom : André Jalbert et Marie-France Daigle	Date : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010.
**Résultats en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	TRAJECTOIRE DES CLIENTÈLES
Objectifs de résultats 2010-2015	S'assurer que, quotidiennement, trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS soient en attente d'un autre service.

INDICATEURS	*RÉSULTATS* 2009-2010*	*CIBLES 2010-2011*	*RÉSULTATS** 2010-2011*
4.1.1 - Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	ND	3 et moins	0,9
4.1.2 - Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	ND	3 et moins	0,0
4.1.3 - Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	ND	3 et moins	0,0
4.1.4 - Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	ND	3 et moins	1,6
4.1.5 - Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	ND	3 et moins	1,3
4.1.6 - Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	ND	3 et moins	0,7
4.1.7 - Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	ND	3 et moins	0,8

COMMENTAIRES

L'objectif est de s'assurer que 3 personnes et moins en fin de soins actifs occupent un lit de courte durée en attente d'un autre service. En Estrie, bien que toutes les cibles à ne pas dépasser aient été respectées, on constate que ce sont les patients en attente d'une place en réadaptation ou en CHSLD qui occupent davantage les lits en courte durée.

Par souci d'amélioration, la mise sur pied d'un comité de gestion des séjours dans les établissements a été réalisée. Voici quelques mesures prises par les établissements :

- désignation d'un coordonnateur médical qui s'assure de faire le lien entre l'urgence et les unités de soins;
- gestion des épisodes de soins dès l'arrivée du patient et implication des familles dès le début de l'hospitalisation;
- mise en place d'une équipe qui gère les sorties pour un rapatriement des patients vers le CSSS de leur territoire.

De plus, en regard des patients en fin de soins actifs, le lexique des variables a été revu et corrigé pour une meilleure compréhension et codification. La région de l'Estrie a réussi d'excellentes performances pour ces 7 indicateurs, se positionnant entre la 1re et la 5e place sur 14 régions ayant rapporté des résultats.

Nom : Sylvie Gendron	Date : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010

**Résultats en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	TRAJECTOIRE DES CLIENTÈLES GÉRIATRIQUES
Objectifs de résultats 2010-2015	Le taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS doit se situer à moins de 5 %.

INDICATEUR	*RÉSULTAT* 2009-2010*	*CIBLE 2010-2011*	*RÉSULTAT** 2010-2011*
4.1.8 – Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans ou plus.	5,33 %	< 5 %	5,01 %

COMMENTAIRES

Cet indicateur concerne 4 établissements de la région.

En 2009-2010, la région présentait un taux de déclaration à 5,33 %. Au terme de 2010-2011, le taux régional s'est amélioré et tend vers la cible.

Selon les établissements, le nombre de demandes a diminué par rapport à la progression du nombre de personnes de 75 ans et plus sur civière à l'urgence puis hospitalisées. Pour un établissement, la mise en place d'un repérage des clientèles à risque par l'utilisation de l'outil PRISMA-7 a permis de diminuer le nombre de demandes en provenance de la courte durée. Un autre établissement a l'intention de revoir la stabilité des personnes hospitalisées avant d'effectuer une demande d'hébergement.

L'Estrie s'est classée au 8e rang sur 14 régions du Québec pour cet indicateur.

Nom : Louise Constantin	Date : 31 mai 2011

* Nouvel indicateur ajouté en 2010-2011.
**Résultat en date du 31 mars 2011.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES – IMAGERIE MÉDICALE
Objectifs de résultats 2010-2015	Amélioration de l'accessibilité en imagerie médicale.

SUJETS	*RÉALISÉS*	*NON RÉALISÉS*
- Obtenir de la part des établissements des ententes interétablissements afin de permettre une gestion des rendez-vous, notamment en tomodensitométrie, assurant une répartition pertinente des examens et assurant un accès, dans des délais acceptables, des cas jugés prioritaires.	Réalisé Réf. - Plan d'action ministériel	
- Planifier les effectifs médicaux pour les 5 prochaines années, principalement pour 2010-2012, de façon à répondre aux besoins cliniques de l'ensemble de la population et des services médicaux de 1re ligne.	Réalisé	
- S'assurer que les démarches d'épuration et de priorisation des demandes d'examens en attente se poursuivent.	Réalisé (processus continu)	
- S'assurer de l'utilisation optimale des parcs d'équipements en CSSS et au CHUS.	En cours Réf. - Plan d'action ministériel	
- Soutenir l'optimisation des pratiques cliniques en radiologie (introduction de nouvelles pratiques des radiologues et des technologues, harmonisation des pratiques en fonction des données probantes, etc.).	En cours Réf. - Plan d'action ministériel	
- Orienter l'utilisation des ressources en fonction des besoins cliniques, d'enseignement et de recherche.	En cours Réf. - Plan d'action ministériel	

COMMENTAIRES

En échographie, nous avons établi une zone franche[1] de services entre le CHUS et le CSSS des Sources et le processus est en cours pour le CSSS de la MRC-de-Coaticook.

En tomodensitométrie, nous avons aussi établi une zone franche de services entre le CHUS et le CSSS du Granit.

Pour la graphie simple, l'Agence est en attente d'une proposition du CSSS-IUGS pour une offre de service pour la population du territoire de Sherbrooke.

Le CHUS et le CSSS de Memphrémagog ont proposé leur candidature au MSSS pour être parmi les sites pilotes pour la formation des technologues en échographie afin que ceux-ci soient autonomes.

Nom : Suzanne Brochu	Date : 31 mai 2011

[1] Corridor de services pour une 2e offre de services.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

AXE :	SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES – SANTÉ MENTALE
Objectifs de résultats 2010-2015	Amélioration du fonctionnement de l'urgence du CHUS-Hôtel-Dieu – Volet santé mentale.

SUJETS	*RÉALISÉS*	*NON RÉALISÉS*
1- S'assurer que le CHUS mette à niveau le système d'information de gestion à l'urgence.	En cours	
2- S'assurer de la révision du cadre de référence en regard de la gestion des lits (admissions, transferts et congés).	Révision en cours	
3- Soutenir la mise en œuvre du modèle d'organisation de soins et services à l'urgence régionale en santé mentale.	En cours	
4- S'assurer d'un service de liaison étroit entre l'urgence santé mentale et les ressources de crise de la communauté, 7 jours/semaine et selon un horaire permettant de répondre aux besoins des clientèles.	Réalisé	
5- Convenir du cheminement clinique, des ententes de partage de responsabilités et de l'élaboration des trajectoires cliniques et des plans de mise en œuvre.	Étape 1	Étape 2 et 3
6- S'assurer de la diminution du nombre de personnes en attente de relocalisation dans des lits de soins aigus en santé mentale.	En cours	
7- S'assurer d'un mécanisme de liaison efficace et efficient dès l'arrivée du client à l'urgence Hôtel-Dieu vers les CSSS (pour clientèle connue).		Non débuté
8- Voir à l'implantation du service de suivi intensif en équipe dans la communauté.	Réalisé	

COMMENTAIRES

1- Ajustement informatique à finaliser. Il reste à intégrer certains éléments de diagnostic comme le portrait de l'achalandage et le délai de plus de 48 heures.

2- La révision du Cadre de référence, de janvier 2009, est en cours.

3- Différentes étapes sont en cours de réalisation :
   - élaboration du modèle clinique : 90 %
   - mise à jour de l'organisation du travail et partage des rôles : 80 %
   - mise à jour du plan d'effectifs : 100 %
   - consolidation des compétences OMEGA et gestion de crise : 90 %

4- Des ententes ont été signées et des recommandations sur l'organisation des services de crise en Estrie seront déposées le 10 juin 2011 au Comité directeur santé mentale.

5- Étape 1 : le cheminement clinique a été présenté le 15 avril 2011 aux partenaires. Il ne reste qu'à bonifier le document.
Étape 2 : pour la trajectoire, les travaux débuteront en septembre 2011.
Étape 3 : la mise en œuvre est attendue à l'hiver 2012.

6- Démarches faites avec le CRDITED Estrie pour le transfert des personnes ayant une déficience intellectuelle hébergées dans des ressources résidentielles en santé mentale. Ensuite, le dépôt d'une politique régionale pour la clientèle en attente d'hébergement ou de services de 1re ligne dans les lits de courte durée au CHUS est attendu au Comité directeur santé mentale à l'automne 2011. Ces travaux devraient commencer à l'été 2011.

7- Il est planifié d'arrimer le service de triage et de consultation du Centre d'Expertise en santé mentale (CESM) du CHUS avec l'accueil psychosocial des CSSS.

8- La prise en charge a été débutée en janvier 2011. Une demi-équipe a été mise en place à Sherbrooke depuis mai 2011. Enfin, les formations ont été offertes dans la région.

Nom : Marie-Hélène Ferragne	Date : 31 mai 2011

LE RÉSEAU
de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Les établissements

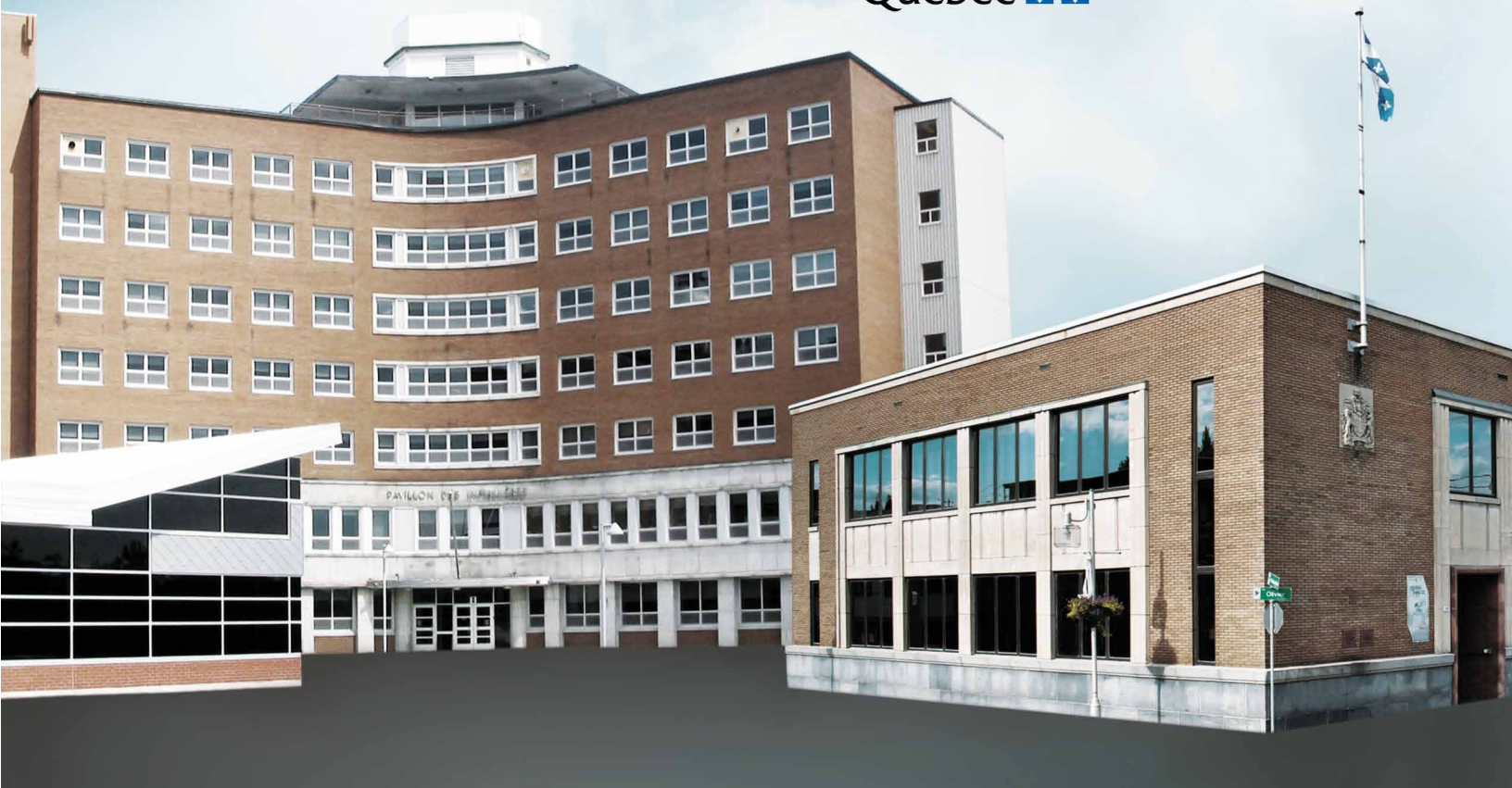
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
CSSS des Sources
CSSS de la MRC-de-Coaticook
CSSS du Granit
CSSS du Haut-Saint-François
CSSS du Val-Saint-François
CSSS de Memphrémagog
Centre jeunesse de l'Estrie
Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges (centre de réadaptation – santé mentale et toxicomanie)
CRDITED Estrie (centre de réadaptation – déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement)
Centre de réadaptation Estrie (centre de réadaptation – déficience physique)
Villa Marie-Claire (centre de réadaptation – mères en difficulté d'adaptation)
La Maison Rose-Blanche (centre d'hébergement pour personnes ayant des problèmes de santé mentale)
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont (centre pour personnes en perte d'autonomie)

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

SIÈGE SOCIAL

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Tél : 819 566-7861

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

295, rue Olivier
Sherbrooke (Québec) J1H 1X4
Tél. : 819 566-7861

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