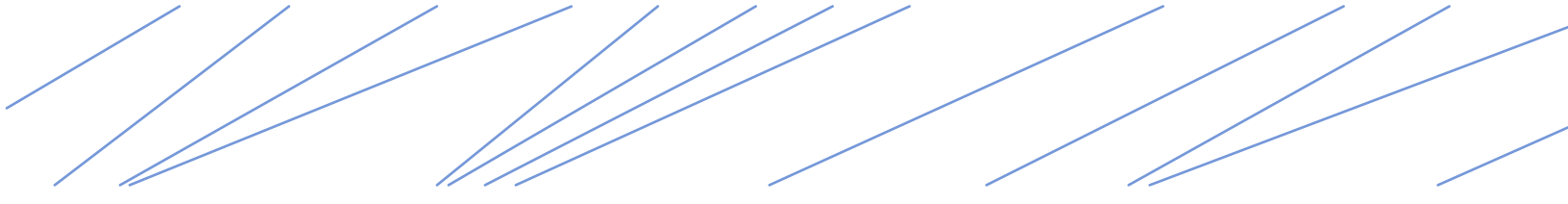


RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2011-2012

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

Québec 



Le Rapport annuel de gestion 2011-2012 est le fruit d'un travail collectif des différentes directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais sous la coordination du Secrétariat aux relations avec la communauté, service des communications et des relations publiques.

La reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, mais non commerciales, est permise à condition d'en mentionner la source.

Le présent document a été publié en quantité limitée et est disponible en version électronique dans la section Documentation du site Internet de l'Agence à l'adresse : <http://www.santeoutaouais.qc.ca>

Édition :

Service des communications de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Dépôt légal – 3^e trimestre 2012

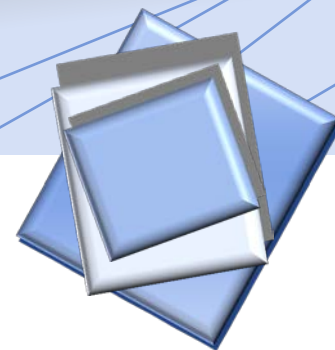
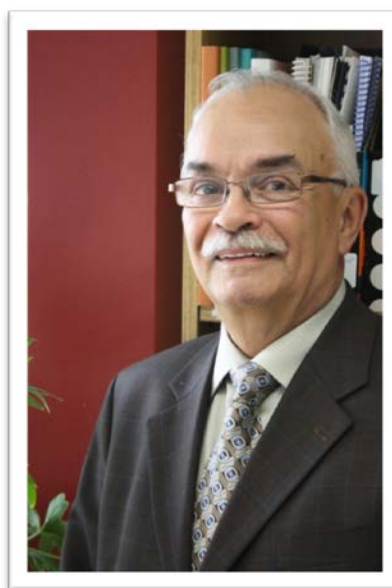
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISSN : 1911-3528 (version imprimée)

ISSN : 1911-3536 (en ligne)

© Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 2012



MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

C'est avec grand plaisir et fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (l'Agence). Ce rapport témoigne des efforts constants déployés tout au long de l'année par l'ensemble des quelque 9 700 personnes œuvrant dans le réseau de notre région. Plusieurs grands dossiers auront marqué les douze mois d'activités. Ce rapport donne le bilan de ces grands dossiers ainsi que celui des activités usuelles. À cela s'ajoute les diverses interventions proposées succinctement dans le présent rapport permettant d'apprécier plus justement l'ampleur et la qualité du travail accompli par les intervenants de l'Agence, des établissements, organismes et partenaires.

PORTRAIT DE SANTÉ

En santé publique, l'année aura été marquée par la diffusion du *Portrait de santé de la population de l'Outaouais*. Ce portrait fait état de plusieurs déterminants sur la santé pour chacun des territoires et relève plusieurs écarts négatifs avec la moyenne québécoise. Ce faisant, le Portrait oriente les cibles d'amélioration et les actions devant être entreprises en conséquence au cours des prochaines années.

La collaboration multisectorielle a également porté fruit avec la diffusion du *Portrait des communautés de l'Outaouais*. Ce dernier a permis de mettre de l'avant une base de connaissances précises et à petite échelle portant sur les dimensions démographiques, socioéconomiques et sociosanitaires de 106 communautés. Le portrait des communautés sert de levier à la mobilisation et à l'action pour le développement de celles-ci afin d'améliorer le dynamisme et la prospérité en Outaouais.

Ces portraits rappellent également que quelles que soient les grandes stratégies gouvernementales mises de l'avant pour l'amélioration de l'état de santé de la population, ces objectifs ne seront

atteignables que grâce à la collaboration de tous les partenaires intersectoriels, le réseau de la santé et des services sociaux ne pouvant être l'unique levier d'amélioration.

SANTÉ MENTALE

C'est sans contredit l'intégration à un centre de santé et de services sociaux (CSSS) du dernier centre hospitalier (CH) québécois à vocation unique en santé mentale et à caractère régional qui a fait la manchette en Outaouais tout au long de l'année. De concert avec les deux organisations concernées, l'Agence a piloté une démarche structurée et intensive menant à l'intégration clinique, administrative et corporative du CH Pierre-Janet au CSSS de Gatineau. Différentes mesures de gouvernance et de travail ont été mises en place au mois de mai 2011 et les conseils d'administration de l'Agence et des deux établissements adoptaient en juin 2011, une convention d'intégration du CH Pierre-Janet au CSSS de Gatineau et un projet d'entente administrative balisant la mise en œuvre de l'intégration. Le CSSS de Gatineau a assumé la prise en charge des activités de transition à la fin du mois de janvier 2012. Cette intégration vise l'unification de la gouvernance et du leadership en santé mentale et la mise en place de solutions structurantes en vue d'améliorer l'accès, la qualité, la sécurité et la continuité de l'offre de services régionaux en santé mentale.

RENOUVELLEMENT DE LA GOUVERNE DU RÉSEAU

Le 8 juin 2011, le Projet de loi 127 (Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux) a été adopté par l'Assemblée Nationale. Cette loi a mené au renouvellement des conseils d'administration des neuf établissements publics de notre réseau. Cet exercice de renouvellement de la gouvernance est fondamental au maintien de l'implication citoyenne dans l'administration du réseau régional au profit de l'amélioration de l'accessibilité et la qualité des services. Les changements apportés à la Loi quant à la gouvernance et la gestion du réseau devront s'implanter graduellement au cours des prochains mois. Ces changements sont ancrés dans les notions de continuité, d'imputabilité, d'intégration, de concertation et d'optimisation. La mobilisation des conseils d'administration et des directions générales des établissements est sans contredit, l'élément clé de l'actualisation de ces changements.

RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU

Les établissements publics des cinq réseaux locaux de service (RLS) ainsi que l'Agence ont présenté en décembre dernier, un rapport permettant de voir la cible à atteindre et d'identifier les mesures en lien avec l'objectif de réduction des dépenses de nature administrative de 10 % à atteindre en 2013-2014 pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Cette démarche a permis d'identifier des actions permanentes visant à rendre récurrentes les mesures de compression budgétaire et à envisager des avenues autres que celles prévues par la Loi 100. Pour atteindre cet objectif, plusieurs actions concrètes dont certaines déjà implantées au cours de l'année précédente, ont été mises de l'avant dans les domaines qui touchent par exemple l'assurance-salaire, la main d'œuvre indépendante, le temps supplémentaire, les frais de déplacement, les médicaments et la formation.

MAIN D'ŒUVRE ET RECRUTEMENT MÉDICAL

Notre plus grand défi demeure celui de la main d'œuvre qualifiée en nombre suffisant et la pénurie de médecins omnipraticiens. Pour faire face à cette situation qui perdure depuis quelques années et qui occasionnent des difficultés périodiques dans l'offre de services en raison du manque d'effectifs, l'Agence a misé sur la diversification d'approches novatrices tant pour la promotion des métiers et

professions du réseau que pour la promotion de la région et de ses établissements afin de se distinguer auprès des omnipraticiens.

Afin de diversifier l'offre de formation régionale, le comité d'implantation du DEC en technique d'analyse biomédicale s'est affairé à la mise en place du programme afin que le CÉGEP puisse accueillir sa première cohorte en septembre 2012.

OPTIMISATION

L'année 2011-2012 a constitué la phase de lancement de l'opération Optimisation dans l'utilisation des ressources. Dans une perspective de mise en place de projets communs, trente-cinq projets ont été identifiés avec les établissements. Parallèlement, le réseau régional a pu bénéficier d'enveloppes d'appui aux projets d'optimisation pour le secteur de services à domicile et le regroupement des centres de traitement pour les activités transfusionnelles et d'hémovigilance. Dans ce dernier cas, l'Agence, de concert avec les CSSS, a décidé de moderniser le système en l'arrimant aux efforts visant le regroupement régional des centres de traitement informatique.

L'approche *Lean Healthcare*, basée sur la révision des processus, a été amorcée au sein de différents établissements de la région afin d'intégrer cette philosophie à leur façon de gérer leur organisation. Au cours de l'année, le CSSS de Gatineau a entamé ou réalisé plusieurs projets *Lean* et formé régulièrement son personnel d'encadrement dans les domaines concernés pour devenir un leader reconnu parmi les établissements de santé. Parallèlement, cinq établissements ont organisé au printemps 2011 une formation conjointe de certains membres de leurs équipes en vue d'assumer les fonctions d'animateurs de projets.

VISION ORGANISATIONNELLE

En début d'année, l'Agence a amorcé un exercice de réflexion sur la vision de l'organisation et les valeurs qui la sous-tendent. En décembre 2011, le CA a adopté un énoncé de vision ainsi qu'une charte de valeurs à partir desquels trois comités de travail ont été mis en place et s'affairent depuis à développer des plans de travail afin de favoriser l'implantation des nouvelles valeurs au sein de l'Agence.

FAIRE AUTREMENT

Dans un autre ordre d'idée, un nouveau poste de coordonnateur des urgences a été créé à l'Agence afin de soutenir les différentes actions mises de l'avant dans l'objectif de désengorger les urgences des hôpitaux du territoire de l'Outaouais. Ces nouvelles dispositions travaillées conjointement entre l'Agence et les CSSS ont certes donné des résultats temporaires et sporadiques mais des efforts supplémentaires d'organisation et de gestion des urgences devront être mis de l'avant pour améliorer significativement la situation.

Au chapitre des nouvelles approches collaboratives, l'élaboration d'un portrait régional sur la disponibilité des plateaux techniques de la région en 2010 a mené à la création d'une première zone franche en chirurgie d'un jour entre le CSSS de Gatineau et le CSSS de Papineau. Cette entente de services entre deux établissements permet à un médecin spécialiste d'effectuer les interventions requises dans un hôpital ayant de la disponibilité de temps opératoire. La mise en place de la zone franche a permis à la fois de réduire les listes d'attente en chirurgie du CSSS de Gatineau et de tripler la production chirurgicale au CSSS de Papineau.

Au cours de la prochaine année, l'Agence poursuivra et consolidera les travaux de restructuration de la gouvernance régionale entrepris en 2010-2011. De concert avec les établissements de santé et de


services sociaux de la région, elle actualisera un modèle de gestion intégrée de la responsabilité populationnelle qui prend assise sur la notion RLS et s'appuie sur le développement d'une culture de qualité, d'optimisation et de performance.

Grâce à l'implication et à l'engagement indéfectibles des divers acteurs du réseau, toujours préoccupée par la question d'accès, l'Agence visera d'abord et avant tout à déployer des solutions novatrices en ce qui concerne l'accessibilité élargie aux services et aux soins pour la population et ce, en dépit du contexte de restriction budgétaire touchant l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

Quelques-uns des projets qui se concrétiseront et contribueront à améliorer la santé, le bien-être et les conditions sociosanitaires de notre population sont la réalisation de projets *Lean Healthcare*, de projets d'optimisation et de mise en commun, de gouverne unique en santé mentale, de consolidation des services de première ligne et du suivi systématique pour les personnes souffrant de maladies chroniques, de recrutement médical et de la main d'œuvre qualifiée, de logement social et d'itinérance, de déploiement du plan d'action pour les personnes âgées en perte d'autonomie, de la mise en place de la convention du Programme de soutien aux organismes communautaires et de la consolidation régionale du Programme d'externat intégré décentralisé de l'Université McGill.

Finalement, l'atteinte de ces résultats n'aurait pu être possible sans la contribution des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de notre région qui, quotidiennement, contribuent par des efforts soutenus à la qualité et à l'amélioration des services offerts. Aux employés, professionnels, médecins, cadres, dirigeants et administrateurs de l'Agence et de tous les établissements du réseau, nous désirons exprimer notre profonde reconnaissance et nos remerciements.

Bonne lecture!



Pierre Roberge



Dr Guy Morissette

DÉCLARATION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

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.

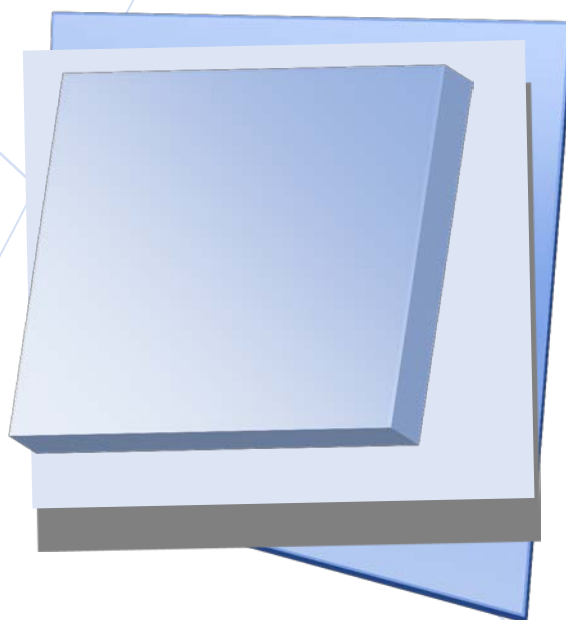
Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement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

À ma connaissance, l'information présentée dans le *Rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais*, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présente au 31 mars 2012.

Le président-directeur général,



Dr Guy Morissette



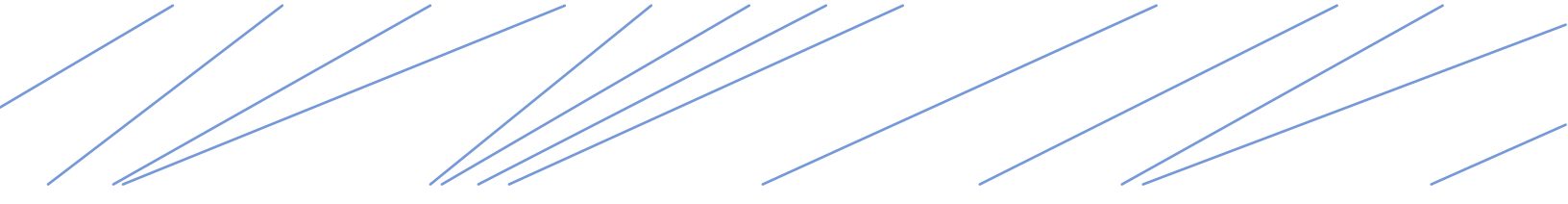




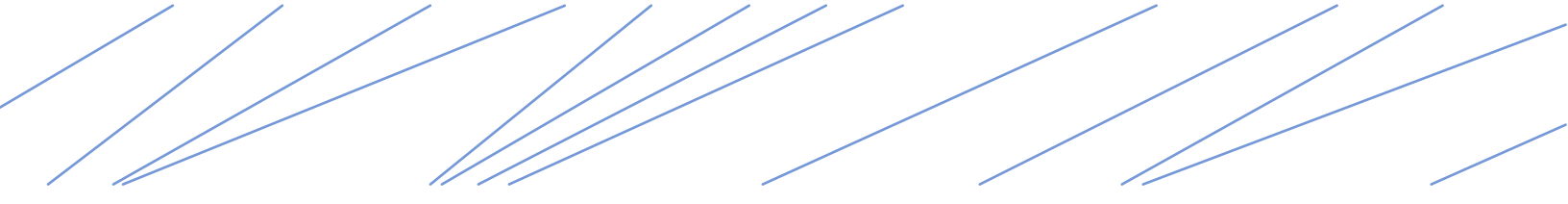
TABLE DES MATIÈRES

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	iii
DÉCLARATION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL.....	vii
SIGLES ET ACRONYMES.....	xi
RÉGION SOCIO SANITAIRE DE L'OUTAOUAIS	xiii
CHAPITRE 1 AGENCE ET ÉTABLISSEMENTS DE LA RSS DE L'OUTAOUAIS.....	17
<i>Fonctions et responsabilités</i>	<i>17</i>
<i>Organisation administrative de l'agence.....</i>	<i>18</i>
<i>Conseil d'administration.....</i>	<i>18</i>
<i>Instances consultatives.....</i>	<i>21</i>
<i>Instances relevant du président-directeur général</i>	<i>27</i>
<i>Ressources humaines de l'agence</i>	<i>30</i>
<i>Établissements publics de la RSS de l'outaouais.....</i>	<i>31</i>
<i>Organismes communautaires</i>	<i>34</i>
<i>Nouvelles des établissements</i>	<i>35</i>
CHAPITRE II RÉALISATIONS DE L'AGENCE.....	43
<i>Plan stratégique régional 2010-2015</i>	<i>43</i>
<i>Disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, en nombre suffisant et mobilisée à l'action ..</i>	<i>44</i>
<i>Amélioration de l'état de santé de la population de la rss de l'outaouais : l'action en amont des problèmes de santé et de bien-être et la réduction des inégalités de santé et bien-être</i>	<i>45</i>
<i>Accès à des services de première ligne et spécialisés.....</i>	<i>47</i>
<i>Accès raisonnable pour des services de santé et des services sociaux.....</i>	<i>50</i>
<i>Intégration et mise en réseau des services de santé.....</i>	<i>52</i>
<i>Performance globale accrue au sein d'un réseau régional axé sur la qualité, la sécurité et l'innovation</i>	<i>54</i>
<i>Réalité frontalière de l'outaouais</i>	<i>64</i>
<i>Autres réalisations</i>	<i>67</i>

CHAPITRE III	DONNÉES FINANCIÈRES DE LA RSS DE L'OUTAOUAIS 2011-2012	73
	<i>Situation financière des établissements de la région</i>	73
	<i>Données opérationnelles 2011-2012 de l'ensemble des établissements</i>	76
	<i>Subventions aux organismes communautaires</i>	81
CHAPITRE IV	ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 2011-2012	93
	<i>États financiers condensés de l'Agence</i>	96
	<i>Notes aux états financiers</i>	106
ANNEXE I	FICHES DE REDDITION DE COMPTES ET D'IMPUTABILITÉ	115
ANNEXE 2	CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE	156

SIGLES ET ACRONYMES

ACRDQ	Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec	APFC	Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire
AGA	Assemblée générale annuelle	PDG	Président-directeur général
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais	PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
CA	Conseil d'administration	PREM	Plan régional des effectifs médicaux
CDJ	Chirurgie d'un jour	PSFTT	Programme de soutien au financement au traitement de la toxicomanie
CECM	Comité exécutif des conseils multidisciplinaires	PSI	Plan de service individualisé
CH	Centre hospitalier	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	QEF	Québec en forme
CIR	Commission infirmière régionale	RCUO	Regroupement des comités des usagers de l'Outaouais
CIRLI	Chair interdisciplinaire de recherche en littérature et inclusion	RI	Ressource intermédiaire
CJO	Centres jeunesse Outaouais	RNIASSSS	Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires	RLS	Réseau local de service
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale	RSIPA	Réseau de service intégré pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
CRDI	Centre de réadaptation pour déficience intellectuelle	RSMO	Programme de régional de remboursements des services médicaux
CRDP	Centre de réadaptation pour déficience physique	RSS	Région sociosanitaire
CRÉO	Conférence régionale des élus-élues de l'Outaouais	SAD	Soutien à domicile
CRILI	Commission intersectorielle de lutte à l'itinérance	SARDM	Système automatisé et robotisé pour la distribution de médicaments
CRR	Centre régional de réadaptation	SIATH	Système intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance
CSSS	Centre de santé et des services sociaux	SISSS	Système d'information de la sécurité des soins et des services
DG	Directeur général	SPU	Service préhospitalier d'urgence
DI-TED	Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement	TAP	Technicien ambulancier/paramédic
DP	Déficience physique	TRCMS	Table régionale des chefs de département en médecine spécialisée
DSI	Gestionnaire en soins infirmiers	TROCAO	Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais
GMF	Groupe de médecine familiale	UQO	Université du Québec en Outaouais
ISQ	Institut de la statistique du Québec		
ISP-SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne		
LSSS	Loi sur les services de santé et des services sociaux		
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés		
MRC	Municipalité régionale de comté		
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux		
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement		



RÉGION SOCIO SANITAIRE DE L'OUTAOUAIS

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

La région sociosanitaire (RSS) de l'Outaouais comptait 366 747 habitants en 2011 selon les plus récentes projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2010). Elle regroupe 4,6 % de la population du Québec, la plaçant au 9^e rang des régions sociosanitaires. Située face à la région de la Capitale nationale du Canada, elle est délimitée à l'ouest par l'Ontario et au nord par la région de l'Abitibi-Témiscamingue. D'une superficie totale de 30 504 km², la région est composée de 67 municipalités regroupées en quatre municipalités régionales de comté (MRC) auxquelles s'ajoutent la ville de Gatineau. La population s'y concentre à près de 70 %. Elle représente environ 4,50 % de la population du Québec actuellement et cette proportion augmentera à 4,75 % en 2021. Cet ajustement a été rendu nécessaire par une recrudescence de l'afflux de nouveaux résidents, qui appartiennent surtout au groupe d'âge des 25 à 44 ans, et par une hausse du taux de fécondité. Plusieurs secteurs de la ville de Gatineau se développent à un rythme accéléré. L'augmentation relative de la population est plus forte dans le secteur d'Aylmer et sur le territoire des Collines. Elle est plus faible dans les territoires ruraux, mais aucun de ces territoires ne vit une décroissance démographique comme on en observe dans plusieurs autres régions du Québec.

La structure d'âge de la population de la RSS de l'Outaouais, autrefois relativement jeune, ressemble aujourd'hui beaucoup plus à celle de l'ensemble du Québec. Environ 42 % des adultes sont unis par le mariage et 20 % vivent en union libre. La région compte environ 17 % d'anglophones, mais une proportion moindre de résidents parlant une langue autre que le français et l'anglais à la maison que dans l'ensemble du Québec. Un enfant de moins de 18 ans sur cinq vit avec un seul de ses parents, comme au Québec. À l'autre extrême de la vie, environ deux personnes non institutionnalisées de 75 ans et plus sur cinq vivent seules, tant pour la RSS de l'Outaouais que dans l'ensemble de la province.



INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES

Sur le plan socioéconomique, la RSS de l'Outaouais se caractérise par un clivage flagrant entre les MRC de la Vallée-de-la-Gatineau, du Pontiac et de Papineau d'une part, et la ville de Gatineau et les secteurs péri-urbains de la MRC des Collines. En 2009, les populations résidant en partie ou en totalité dans les territoires urbains et périurbains présentaient un revenu d'emploi moyen de 60 % supérieur à celui des MRC périphériques, dont l'économie repose essentiellement sur l'exploitation des ressources naturelles (ISQ, 2010).

En général, la population de la RSS de l'Outaouais est très scolarisée et compte une proportion élevée de diplômés universitaires. Cependant, le contraste à cet égard est encore une fois très grand entre les secteurs périphériques et les secteurs urbains. Par ailleurs, la population du secteur de Hull est particulière car elle ressemble toujours à celle des centres villes nord-américains typiques : plus de personnes âgées, de célibataires, de personnes vivant seules, de familles monoparentales et d'immigrants. Près d'un adulte sur quatre à Hull vit « sous le seuil de faible revenu », un sommet dans la région. Même à revenu moindre, et toutes choses étant égales, les populations des territoires ruraux semblent s'en tirer un peu mieux en général, grâce, entre autres, aux coûts du logement qui y sont moins élevés.

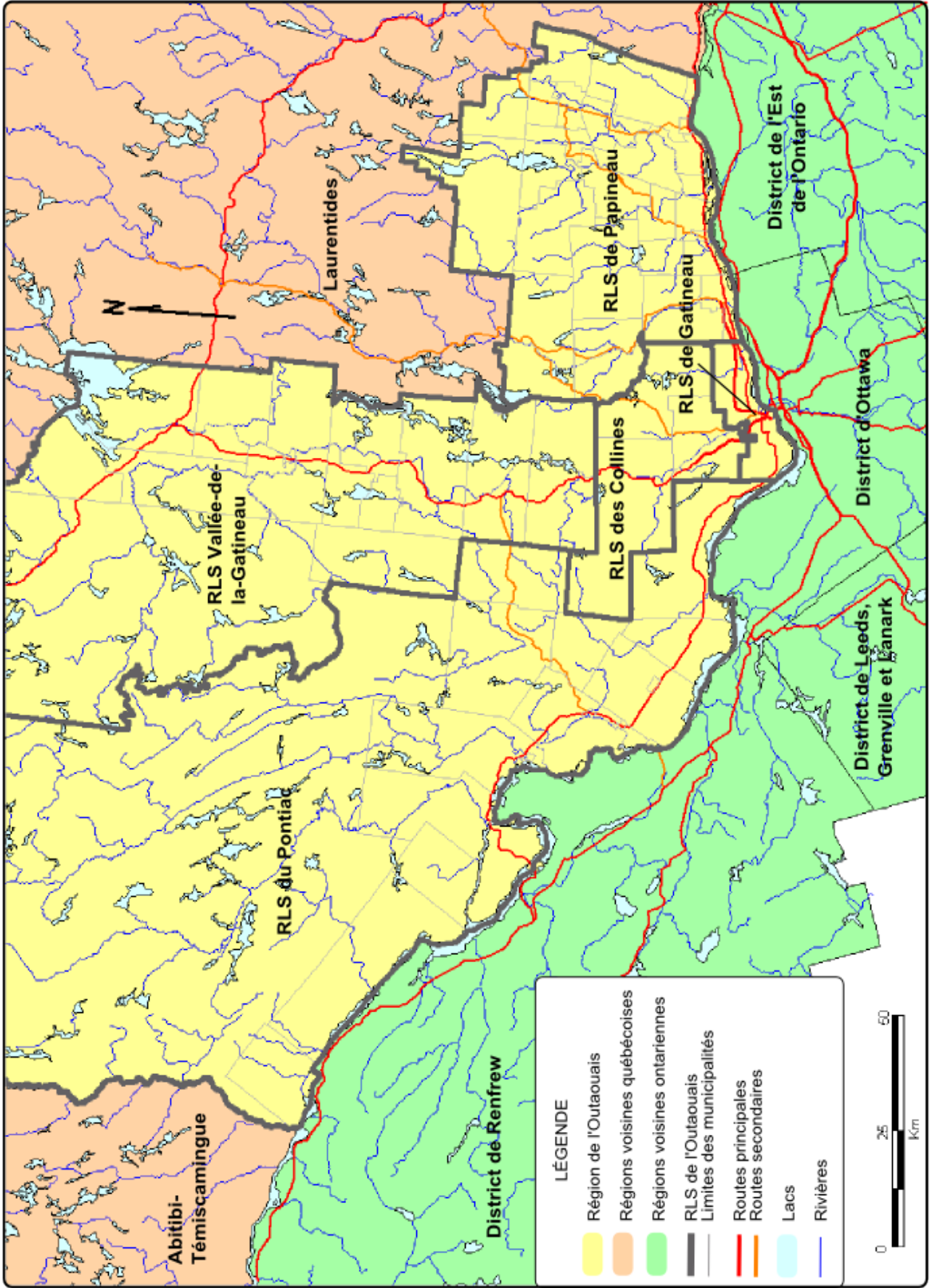
ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION

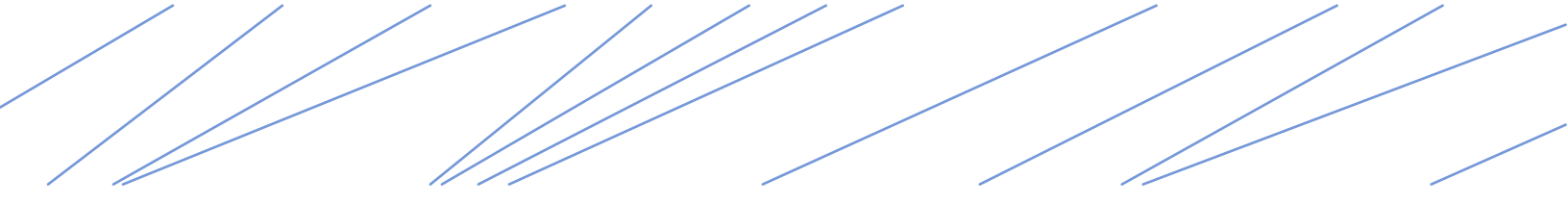
L'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie en bonne santé de la population de l'Outaouais est inférieure à celles observées au Québec de un et quatre ans respectivement. Le taux « ajusté » de mortalité pour toutes les causes de décès réunies dépassait quant à lui de 6,5 % le taux québécois. De plus, une proportion plus grande de personnes en Outaouais qu'au Québec déclarent avoir des limitations d'activités dans plusieurs sphères de leur vie.

La proportion de fumeurs réguliers dépasse d'environ 4 % la moyenne québécoise. Puisque les effets graves du tabagisme se manifestent souvent qu'après 20 à 30 ans de consommation, il faut compter que l'Outaouais continuera à présenter des taux de morbidité et de mortalité par cancers, par maladies cardiovasculaires et pour l'ensemble des maladies chroniques qui dépasseront la moyenne québécoise durant au moins les vingt prochaines années. Plus de la moitié de la population adulte déclare présenter un surplus de poids et près d'une personne adulte sur cinq se dit obèse. Environ 13 % de la population déclare présenter un mauvais état de santé buccodentaire. La région se place en queue de peloton avec les taux les plus élevés des infections transmissibles sexuellement et par le sang observés au Québec après Montréal.

En général, plus de la moitié des résidents de l'Outaouais se disent physiquement actifs durant leurs loisirs, une proportion supérieure à celle observée dans l'ensemble du Québec. Ce résultat est très positif compte tenu des bénéfices de l'activité physique.

CARTE DE LA RÉGION SOCIO-SANITAIRE DE L'OUTAOUAIS PAR RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES (RLS)







AGENCE ET ÉTABLISSEMENTS DE LA RSS DE L'OUTAOUAIS

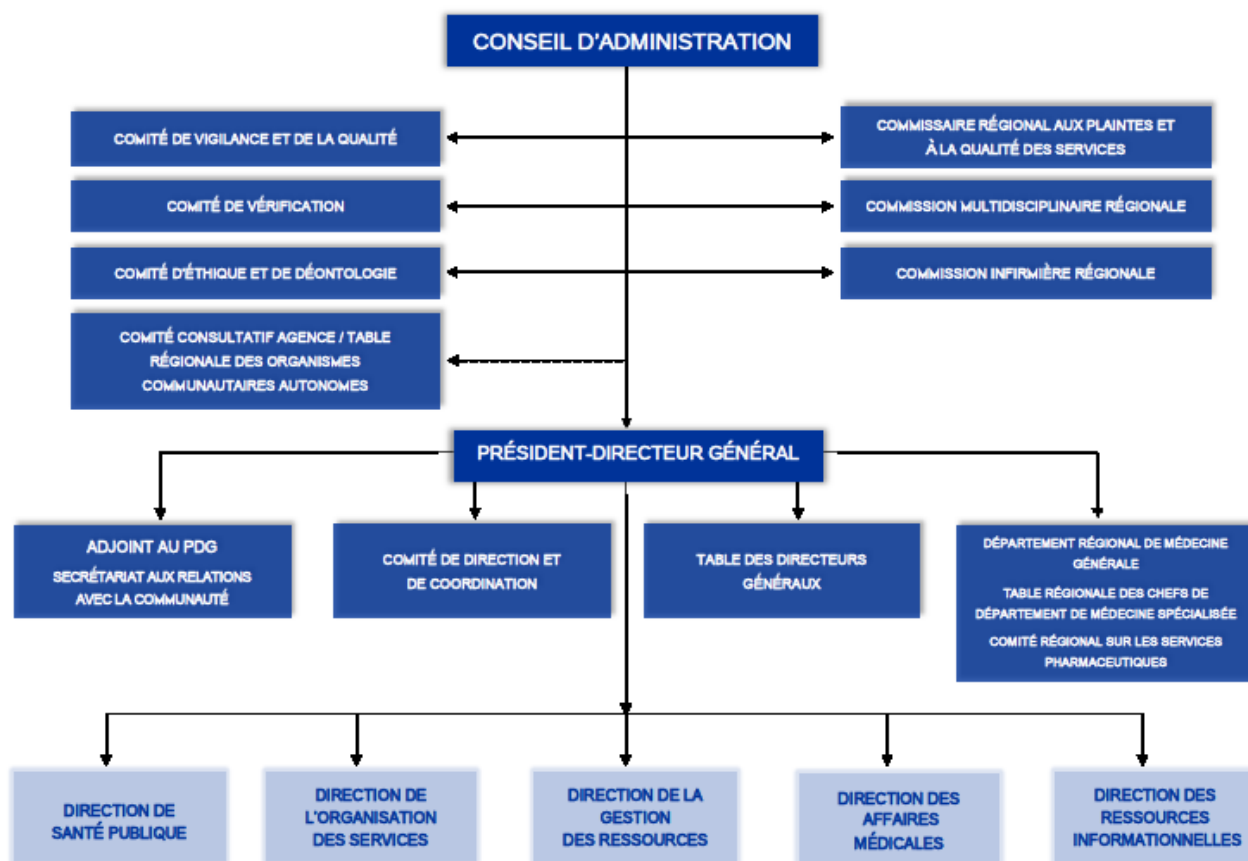
FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS

Sous la supervision du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence a pour mission de mettre en place, sur le territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés. Essentiellement responsable de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population elle est responsable de:

- »»» Évaluer l'état de santé et de bien-être de la population;
- »»» Identifier les besoins et définir l'offre de services sur le territoire;
- »»» Initier, guider et participer aux efforts de prévention;
- »»» Assurer l'intégration et la cohérence des services et des soins sur le territoire;
- »»» Faciliter l'accès aux services et la continuité des soins;
- »»» Susciter la participation de la population à la gestion du réseau;
- »»» Soutenir et coordonner le développement des réseaux universitaires dans les différents volets de leur mission;
- »»» Évaluer et rendre compte de l'impact des interventions sur la santé et le bien-être de la population.



ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENCE



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration (CA) administre les affaires de l'Agence et en exerce tous les pouvoirs. Il a pour principales fonctions de :

- »»» Identifier les priorités en fonction des besoins de la population à desservir et des services à lui offrir en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la RSS de l'Outaouais, des particularités socioculturelles et linguistiques de la population et des particularités sous-régionales et socioéconomiques de la RSS et d'élaborer des orientations à cet égard;
- »»» Répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition en tenant compte des particularités mentionnées ci-dessus;
- »»» Nommer les cadres supérieurs et le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Les membres sont nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Un président-directeur général (PDG), également nommé par le ministre, est responsable de l'administration et du fonctionnement de l'Agence dans le cadre de ses règlements. La composition du CA vise à assurer la représentativité des différentes parties du territoire de l'Agence, des secteurs d'activités ou des groupes socioculturels, linguistiques ou démographiques ainsi que la représentation la plus équitable possible des femmes et des hommes et des différents groupes d'âges.

Au 31 mars 2012, le CA de l'Agence était composé des personnes suivantes :

Membres du conseil d'administration de l'Agence	
Normand Beaudoin	Cooptation
Jane Carson-Fex	Organismes représentatifs du milieu syndical (départ en décembre 2011)
Yves Durand	Établissements autres que 119
Jocelyn Mantha	Cooptation
Raymond Ménard	Établissements visés 119 (départ en décembre 2011)
Guy Morissette	Président-directeur général
Marielle Poirier	Organismes du secteur public de l'enseignement
Vacant	Organismes socio-économiques
Vacant	Organismes socio-économiques
Marcel Reny	Département régional de médecine général
Pierre Roberge	Organismes du milieu communautaire
Gail Ryan	Commission infirmière régionale
Isabelle Sabourin	Cooptation
Jean-Marc Sauvé	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
Marie-Claude Sirois	Commission multidisciplinaire régionale
Vacant	Comité des usagers des établissements

ACTIVITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION EN 2011-2012

Entre le 1^{er} avril 2011 et le 31 mars 2012, le CA de l'Agence s'est réuni à dix occasions. Au cours de ces séances, les dossiers suivants ont été approuvés :

- >>>> Adoption de la répartition de l'enveloppe budgétaire du réseau.
- >>>> Adoption du budget de l'Agence 2011-2012.
- >>>> Adoption des subventions pour les organismes communautaires.
- >>>> Adoption de la convention d'intégration du CH Pierre-Janet au CSSS de Gatineau.
- >>>> Adoption de l'entente administrative entre l'Agence, le CH Pierre-Janet et le CSSS de Gatineau.
- >>>> Adoption du positionnement sur la gouvernance des ressources informationnelles en Outaouais.
- >>>> Adoption du Rapport annuel de gestion 2010-2011.
- >>>> Adoption du Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes 2010-2011.
- >>>> Adoption de la mise en place d'une Corporation d'achat en commun.

Nominations

- >>>> Nominations aux conseils d'administration des établissements.
- >>>> Président du processus de désignation à la Commission multidisciplinaire régional (CMUR).
- >>>> Désignation d'inspecteurs dans le cadre de la certification des résidences pour personnes âgées.
- >>>> Désignation d'inspecteurs dans le cadre de la certification des ressources en toxicomanie.
- >>>> Comité de Vigie (responsable de l'évolution des travaux suite à l'intégration du CH Pierre-Janet au CSSS de Gatineau).

Orientations et services

- >>>> Adoption du cadre de gestion pour l'optimisation.
- >>>> Adoption de la planification régionale des effectifs médicaux en spécialités 2011-2015.
- >>>> Appui à l'enseignement supérieur.
- >>>> Adoption du Règlement des modalités d'élection du comité de direction de la Table régionale des chefs en département de médecine spécialisée (TRCMS).
- >>>> Adoption d'un énoncé de vision organisationnelle.
- >>>> Adoption du Plan régional des effectifs médicaux (PREM) pour les spécialités 2012.



Désignation du CSSS du Pontiac en tant que Centre de dépistage désigné dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

INSTANCES CONSULTATIVES

Le CA est appuyé dans ses travaux par divers comités et commissions. Un premier groupe est constitué de comités du conseil alors que le second inclut les différentes commissions ou forum prévus par la *Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS)*.

LE COMITÉ DE VÉRIFICATION

Le comité de vérification assiste le CA dans l'exercice de ses responsabilités quant à la présentation fidèle de l'information financière.

Membres du comité de vérification	
Normand Beaudoin	Cooptation
Jocelyn Mantha	Cooptation
Armand Renaud	Organismes socio-économiques

COMITÉ D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le Comité d'éthique et de déontologie, conformément aux dispositions de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif, L.R.Q., c.M-30*, (la Loi) l'Agence publie le code d'éthique et de déontologie du CA (ci-joint en annexe).

Membres du comité d'éthique et de déontologie	
Jane Carson-Fex	Organismes représentatifs du milieu syndical (départ en décembre 2011)
Yves Durand	Établissements autres que 119
Marie-Claude Sirois	Commission multidisciplinaire régionale

Aucun manquement aux principes d'éthique et aux règles de déontologie n'a été soumis au comité d'éthique en 2011-2012 ou référé aux instances créées en vertu du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* découlant de la Loi.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Le comité de vigilance et de la qualité des services a comme mandat l'analyse et le suivi des rapports du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, du Protecteur du citoyen ou d'autres instances. Il veille à ce que l'Agence s'acquitte efficacement de sa responsabilité de garantir la qualité des services offerts et le respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services.

Membres du comité de vigilance et de la qualité des services	
Marc Larocque	Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
Pierre Roberge	Représentant du milieu communautaire au CA
Gail Ryan	Représentant la personne choisie par le CA parmi ses membres
Jane Carson-Fex	Représentant des usagers des établissements au CA (départ en décembre 2011)
Membres d'office	
Guy Morissette	Président- directeur général de l'Agence

Le comité a tenu une seule rencontre en 2011-2012. Des échanges réguliers eurent tout de même lieu avec le PDG et le président du CA en termes de qualité des services aux usagers. Outre le suivi systématique relatif aux plaintes reçues et aux recommandations en découlant, les échanges ont porté sur :

- »»» L'adoption et le suivi de l'actualisation des priorités de travail du commissaire et la notion d'indépendance;
- »»» La promotion du régime d'examen des plaintes;
- »»» La certification des résidences pour aînées et des résidences de traitement de l'alcoolisme et du jeu pathologique;
- »»» La journée régionale des comités des usagers et des comités des résidents;
- »»» L'analyse du rapport 2011-2012 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes dans les établissements de la région de l'Outaouais.

COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

La CMUR se voit confié par le CA de l'Agence le mandat de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre ainsi que sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la RSS de l'Outaouais puis sur les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population. La CMUR exécute également tout autre mandat que lui confie le CA et lui en fait rapport périodiquement.

Membres de la Commission multidisciplinaire régionale	
Domaine social	
Marie-Josée Chénier	Membre du comité exécutif des conseils multidisciplinaires (CECM) du domaine social
Guylaine Ouimette	Membre du CECM
Marie-Claude Sirois	Gestionnaire du CECM
Domaine de la réadaptation et de la santé	
Marie-Pier Dassylva-Quirion	Membre du CECM du domaine de la réadaptation
Ghislaine Fabre	Membre du CECM du domaine de la réadaptation
Julie McMartin	Gestionnaire du CECM du domaine de la réadaptation
Domaine technique	
Mathieu Potvin	Membre du CECM du domaine technique
Enseignement – Représentants des collèges – Domaine social ou de réadaptation ou de santé	
Pascal Rioux	Enseignement
Enseignement – Représentants des facultés et écoles d'enseignement universitaire – Domaine de la santé	
Guilhème Pérodeau	Enseignement
Enseignement – Représentant des facultés et écoles d'enseignement universitaire – Domaines sociaux	
Sylvie Thibault	Enseignement
Agence	
Judith D'Aoust	Directrice de l'organisation des services
Guy Morissette	Président-directeur général

Au cours de l'année 2011-2012, la CMUR s'est réunie à trois reprises et abordé les sujets de l'intégration du CH Pierre-Janet au CSSS de Gatineau, du projet Télésanté, du Centre virtuel de santé et des services sociaux du RUIS McGill, des pratiques cliniques préventives, le portrait des communautés et la planification stratégique régionale 2010-2015.

COMITÉ CONSULTATIF AGENCE-TABLE RÉGIONALE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES AUTONOMES DE L'OUTAOUAIS

Le comité consultatif Agence-Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais (TROCAO) a comme mandat de préciser annuellement les enjeux stratégiques sur lesquels porteront les travaux entre l'Agence et la TROCAO en regard des dossiers qui touchent ou qui peuvent toucher plusieurs ou l'ensemble des organismes communautaires, élaborer un plan d'action annuel qui définira les gestes à poser au cours de l'année, en regard des enjeux déterminés, assurer un suivi sur ledit plan d'action, par un rapport sur l'évolution des travaux, faire le bilan global

sur les réalisations en cours d'année, en fonction du plan d'action et sur l'état général des relations entre l'Agence, le réseau et les organismes communautaires.

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF AGENCE-TROCAO	
Stéphanie Lalande	Membre désigné par le CA de la TROCAO
Raymond Ménard	Membre du CA de l'Agence
Guy Morissette	PDG de l'Agence
Jean-François Parent	Membre du CA de la TROCAO
Isabelle Sabourin	Membre du CA de l'Agence
Mélanie Sarazin	Directrice sortante de la TROCAO

Les trois rencontres du comité Agence-TROCAO ont permis aux membres d'échanger sur les enjeux stratégiques du milieu communautaire. Le plan d'action demeure le même que celui des dernières années c'est-à-dire : la poursuite des travaux du comité de travail dans le but d'établir le portrait réel des besoins financiers afin de permettre aux groupes de réaliser leurs missions respectives. Le comité a également eu l'occasion d'échanger sur la recommandation de la répartition de l'indexation pour 2011-2012. Ce comité est appuyé de différents comités de travail formés des gens de la permanence de l'Agence et de représentants de la TROCAO.



Comité de travail Agence-TROCAO

Les rencontres du comité de travail Agence-TROCAO ont permis d'échanger sur des situations particulières que vivent des organismes communautaires, partager le contenu du formulaire du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), échanger sur les possibilités de crédits budgétaires 2011-2012, échanger sur le Gala des prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais – Édition 2011-2012, convenir des approches de suivi des dossiers de reddition de comptes, échanger sur la convention de soutien financier, convenir des approches de suivi des demandes de subvention, échanger sur les correspondances avec le CA de l'Agence, les pourcentages de financement des organismes communautaires et la reprise de travaux permettant de déterminer la part de l'Agence dans le financement des organismes communautaires.

MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL AGENCE-TROCAO	
Isabelle Boespflug	Directrice de la TROCAO
Mathieu Dupont	Agent de planification, de programmation et de recherche à l'Agence
Jacques Guay	Membre du CA de la TROCAO
Stéphane Lance	Adjoint au PDG de l'Agence
Jean-François Parent	Membre du CA de la TROCAO
Mélanie Sarazin	Directrice sortante de la TROCAO

Comité consultatif sur l'admissibilité au Programme de soutien aux organismes communautaires

Le comité consultatif sur l'admissibilité au PSOC a comme mandat d'analyser les demandes d'admissibilité au programme en fonction des critères d'admissibilité et des facteurs d'exclusion. Une fois l'analyse d'une demande effectuée, le comité formule une recommandation à la direction générale de l'Agence quant à l'admissibilité ainsi que pour la typologie.

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF AU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	
Monique Beaudoin	Membre du CA de la TROCAO
Mathieu Dupont	Agent de planification, de programmation et de recherche de l'Agence
Stéphane Lance	Adjoint au PDG de l'Agence
Mélanie Sarazin	Directrice sortante de la TROCAO

Sur les cinq dossiers analysés en 2011-2012, deux recommandations positives et deux recommandations négatives ont été exhortées à la direction générale de l'Agence et une demande est toujours en cours d'analyse.

COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

La Commission infirmière régionale (CIR) est responsable envers le CA de l'Agence de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers dans la région ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région qui touchent les soins infirmiers, les approches de soins novatrices et sur leurs incidences sur la santé et sur le bien-être de la population et exécuter tout autre mandat que lui confie le CA et lui en faire rapport périodiquement.

Au cours de l'exercice, la CIR s'est réunie à quatre reprises avec un taux de participation de 73 %. Un des deux postes laissés vacants en début d'exercice a été comblé par cooptation en fin d'année. Les travaux ont porté essentiellement sur : le suivi à l'implantation et au déploiement des infirmières

praticiennes spécialisées en soins de première ligne en Outaouais, le suivi du dossier des infirmières cliniciennes en santé mentale ainsi que sur la pratique infirmière et les défis à venir. Les débats tenus à l'Assemblée générale annuelle (AGA) de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec ainsi que le contenu du congrès ont aussi fait partie des discussions. Les membres ont reçu une présentation sur le projet de déploiement de la Télésanté en Outaouais.

MEMBRES DE LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE	
Gestionnaires en soins infirmiers (désignés par les directeurs des soins infirmiers (DSI))	
Gilles Coulombe	CSSS de Gatineau
Josée Laroche	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau
Conseil des infirmières et infirmiers des établissements	
Alexandrine Alexandre	Centre régional de réadaptation (CRR) La RessourSe
Johanne Doucet	CH Pierre-Janet
François-Régis Fréchette (président de la CIR)	CSSS de Gatineau
Gail Ryan	CSSS du Pontiac
CÉGEP et Université	
Chantal Roussel	CÉGEP de l'Outaouais
Chantal Saint-Pierre	Université du Québec en Outaouais
Membre avec expertise de pointe	
Geneviève Lavoie, IPS-SPL	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau
Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires des établissements	
Bruno Laplante	CSSS de Papineau
Lyne Plante	CSSS de Gatineau
Membres observateurs	
Denyse April	Collège Héritage
Paul Coulombe	CSSS des Collines
Lamiya Eddahabi	CH Pierre-Janet

En mars 2012, la CIR obtenait l'aval du CA pour modifier le *Règlement concernant les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement*, ce qui permettra aux membres de s'impliquer pour plus d'un mandat consécutif.

FORUM DE LA POPULATION

Le Forum recommande au CA des moyens permettant d'améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux offerts. Ce dernier a suspendu ses activités au printemps 2005 suite au dépôt à l'Assemblée nationale du projet de loi 83 (*La Loi modifiant la Loi sur les services de santé et des services sociaux et d'autres dispositions législatives*) adopté qui prévoyait son abolition. Cette structure a cependant été maintenue. Afin d'alléger et d'améliorer le fonctionnement du Forum et d'en assurer une meilleure représentativité, l'Agence et la Conférence régionale des élus-élues de l'Outaouais (CRÉO) ont convenu au cours de l'année 2006-2007 que le CA de la CRÉO agirait dorénavant directement comme Forum de la population de l'Agence.

INSTANCES RELEVANT DU PRÉSIDENT–DIRECTEUR GÉNÉRAL

En vertu de la LSSSS, une série d'instances de consultation et de recommandations relèvent directement du PDG de l'Agence.

DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le Département régional de médecine générale (DRMG) s'assure de la planification, de l'organisation, de la coordination et de l'évaluation des services de médecine générale pour toute la région. Son mandat couvre le plan régional des effectifs médicaux relatif aux médecins omnipraticiens, le plan régional d'organisation des services médicaux généraux, les réseaux d'accessibilité aux soins médicaux généraux, les services médicaux généraux et les activités médicales particulières.

Membres du département régional de médecine générale	
Médecins	Territoire
Ruth Vander Stelt (janvier 2012) Ève Guillotte (janvier à mars 2012)	Pontiac - Établissement
Guillaume Charbonneau	Vallée-de-la-Gatineau – Établissement
Guy Bonnenfant	Papineau – Clinique
Sylvie Del Bianco	Collines - Établissement
Jean Bouthillier	Gatineau (Hull-Aylmer) - Clinique
Marcel Reny	Gatineau (Hull-Aylmer) - Établissement
Martin Pham Dinh	Gatineau – Établissement
Marcel Guilbault	Gatineau - Clinique
Catherine Besner	Gatineau (Hull-Aylmer) – CLSC urbains
Robert Bisson	Gatineau (Hull-Aylmer) – CHSLD urbains
Louise Laberge	Gatineau – Santé mentale
Anh Thu Vu Khan	Gatineau – Santé publique, réadaptation et CH psychiatriques

Les principaux sujets abordés en 2011-2012 ont été le suivi du plan régional d'effectifs médicaux et le recrutement médical au regard de la pénurie, des groupes de médecine familiale (GMF) pour le renouvellement de leur convention ainsi que l'implantation de nouveaux GMF, l'attribution et le suivi des activités médicales particulières aux omnipraticiens, les guichets d'accès pour les clientèles orphelines de la région ainsi que le soutien aux coordonnateurs médicaux locaux de première ligne, l'application de la lettre d'entente 245, l'implantation et le fonctionnement des cliniques de transition dans la région, le soutien à l'organisation des services médicaux de première ligne dans un contexte de RLS intégrés avec les CSSS et avec le projet des cliniques de transition, le soutien à la planification du déploiement des infirmières praticienne spécialisée en soins de 1^{ère} ligne (IPS–SPL), le soutien au respect et aux demandes d'adhésion aux différentes lettres d'entente en lien avec l'organisation de la première ligne médicale dans le but d'éviter les bris de services, le soutien à la planification du déploiement informatique en première ligne afin d'améliorer l'accessibilité aux résultats diagnostiques en rendant conviviale et rapide la réception des résultats, l'intégration du CH Pierre-Janet au CSSS de Gatineau et la formation et l'information concernant l'accès adapté.

TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

La TRCMS assure la planification, l'organisation, la coordination et l'évaluation des services de médecine spécialisée pour l'ensemble de la région. Son mandat couvre le : plan régional des effectifs médicaux en spécialités ; plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés ; réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés, incluant la garde régionale et les corridors de services spécialisés ; les services médicaux spécialisés découlant des programmes.

MEMBRES DE LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE		
Nom	Spécialité	Établissement
Membres nommés		
Dr Jean Alain	Département de biologie médicale	CSSS de Gatineau
Dre Louise Beaudry	Département régional de psychiatrie	CH Pierre-Janet
Dr Mario Dallaire	Département de médecine spécialisée	CSSS de Gatineau
Dr Jean Lemonde	Département de pédiatrie	CSSS de Gatineau
Dr Christopher Place	Département de radiologie diagnostique	CSSS de Gatineau
Dre Francine Blais	Département d'obstétrique-gynécologie	CSSS de Gatineau
Dr Wadih Matar	Département de chirurgie	CSSS de Gatineau
Membres élus		
Dr Jean-Marc Sauvé	Département d'anesthésiologie et de chirurgie	CSSS de Papineau
Dr Athanassios Karabatsos	Département de médecine interne	CSSS du Pontiac
Membre d'office		
Dr Guy Morissette	Président-directeur général	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Membre invité		
Dr Marcel Reny	Chef du Département régional de médecine générale	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Les principaux travaux de la TRCMS en cours d'année ont porté essentiellement sur le plan régional des effectifs médicaux en spécialité, les nominations et demandes de dérogation, la pathologie, la télémédecine, le portfolio des établissements, l'intégration du CH Pierre-Janet au CSSS de Gatineau, l'endocrinologie et la clinique des maladies chroniques.

COMMISSION RÉGIONALE INTERSECTORIELLE DE LUTTE À L'ITINÉRANCE

La Commission régionale intersectorielle de lutte à l'itinérance (CRILI) se veut un lieu de concertation et de partenariat entre les différentes instances gouvernementales, municipales et communautaires afin de coordonner les interventions et les services en itinérance dans la RSS de l'Outaouais.

En cours d'année, un plan communautaire régional 2012-2014 en itinérance a été élaboré. Celui-ci comprend le bilan du Plan communautaire en itinérance 2007-2011, un profil des besoins et de leur évolution, les enjeux au plan de l'itinérance, un portrait des services offerts auprès des personnes itinérantes ou à risque d'itinérance ainsi que les orientations et priorités d'action identifiées.

Les priorités identifiées dans le plan communautaire sont les services, la concertation et le logement, retenues à partir du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013. Ces priorités ont permis d'orienter le nouvel appel de projets dans le cadre du financement de la Stratégie de partenariat de lutte à l'itinérance pour la période 2012-2014 ainsi que d'appuyer un processus de financement de projets en toxicomanie/itinérance dans le cadre du Programme de soutien au financement au traitement de la toxicomanie (PSFTT) pour la période de janvier 2012 à mars 2013. Le PSFTT permet d'octroyer des sommes au CSSS de Gatineau et son équipe de proximité en itinérance, au Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (Centre Jellinek), pour du suivi post-traitement et à des organismes communautaires pour des services d'accompagnement en réinsertion sociale.

Au plan de la concertation, la coordonnatrice de la CRILI collabore aux travaux du plan de lutte à la pauvreté de la CRÉO à titre de représentante de la CRILI. Au plan du logement, un comité de concertation du Service d'aide à la recherche de logement a été mis en place par l'Office municipal d'habitation de Gatineau découlant de démarches effectuées auprès du ministre Lessard et de la problématique du logement à Gatineau.



RESSOURCES HUMAINES DE L'AGENCE

Les effectifs de l'Agence	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	20	19
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalent temps complet ¹ (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,80	-
- Nombres de cadres en stabilité d'emploi	-	-
Les employés réguliers : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	128.01	120
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalent temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1.29	3.7
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	-	-
Les occasionnels :		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	45 378	49 119
- Équivalent temps complet ²	25.18	26.9
<p>1. L'équivalence temps complet se calcule en divisant le nombre d'heures de travail selon le contrat par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet au même corps d'emploi.</p> <p>2. L'équivalence temps complet se calcule en divisant le nombre d'heures rémunérés par 1826 heures pour les employés occasionnels.</p>		



ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE LA RSS DE L'OUTAOUAIS.

Les services de santé et des services sociaux sont organisés sur une base territoriale en RLS. Les RLS de Gatineau, Papineau, Vallée-de-la-Gatineau, Collines et du Pontiac offrent des services de santé et des services sociaux par le biais de CSSS qui chapeautent des installations (lieux physiques où sont dispensés les services). Le tableau suivant identifie les installations et les ressources complémentaires existant sur chaque territoire de CSSS.

	Description générale	Nombre d'installations et ressources complémentaires
CSSS des Collines Missions : - CLSC - CHSLD - CH	- Population : 35 151 résidents - 283 effectifs - 40 lits d'hébergement permanent	- 6 installations en CSSS - 10 organismes communautaires - 6 ressources intermédiaires (RI)
CSSS de Gatineau Missions : - Centre local de services communautaires (CLSC) - Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) - CH	- Population : 239 862 résidents (offre aussi des soins spécialisés à la population des autres RLS de la région et de certaines régions du Québec). - 5 344 effectifs - 583 lits d'hébergement permanent	- 20 installations ¹ - 86 organismes communautaires - 33 RI
CSSS de Papineau Missions : - CLSC - CHSLD - CH	- Population : 54 015 résidents - 932 effectifs - 228 lits d'hébergement permanent	- 5 installations - 21 organismes communautaires - 5 RI
CSSS du Pontiac Mission : - CLSC - CHSLD - CH	- Population : 20 990 résidents - 493 effectifs - 115 lits d'hébergement permanent	- 9 installations en CSSS - 20 organismes communautaires - 5 RI
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau Missions : - CLSC - CHSLD - CH	- Population : 20 967 résidents - 535 effectifs - 97 lits d'hébergement permanent	- 6 installations en CSSS - 13 organismes communautaires - 2 RI
1. Comprend les installations du CH Pierre-Janet		

ÉTABLISSEMENTS RÉGIONAUX

La RSS de l'Outaouais compte quatre établissements régionaux lesquels desservent l'ensemble de la population.

- »»» Les Centres jeunesse de l'Outaouais (CJO)
- »»» Le Centre régional de réadaptation - La RessourSe
- »»» Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Outaouais - Pavillon du Parc
- »»» Le Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes - Jellinek

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS

- »»» Le Centre d'hébergement Champlain – Gatineau
- »»» Le Centre d'hébergement Vigi de l'Outaouais



CSSS ET LEURS PARTENAIRES

Partenaires	CSSS de Gatineau	CSSS de Papineau	CSSS des Collines	CSSS du Pontiac	CSSS de la Vallée de la Gatineau	Nombre de partenaires
Cliniques médicales	28 (dont 15 en GMF et 2 en coop santé)	10 (dont 4 en GMF et 1 en coop santé)	2 (dont 1 en GMF et 1 en coop santé)	7 cliniques en GMF	5	52
Coopératives de santé	2	1	1	-	-	4
Unités de médecine familiale	1	-	-	-	-	1
GMF accrédités	7	1	1	1	-	10
Médecins spécialistes	201 (incluant CH Pierre-Janet)	4	-	7	4	216
Omnipraticiens ¹ dans la RSS de l'Outaouais						358
Pharmacies (communautaires (comm.) et en CH)	67 comm. 1 en CH	10 comm. 1 en CH	4 comm.dont 1 répond au CH	3 comm. 1 en CH	4 comm. 1 en CH	93
Pharmaciens ² en établissements	31	5	-	1	3	40
Organismes communautaires financés	85	21	10	20	13	149
Entreprises d'économie sociale ³	2	1	1	1	1	4
-Résidences privées pour âgées	27	24	2	4	9	66
-Nombre de places reconnues	3095	349	41	53	128	3666
Entreprises ambulancières						2
Techniciennes et techniciens ambulanciers/paramédics						216
Services de premiers répondants						12 équipes
Premiers répondants						137
<p>1. L'Agence n'étant pas toujours informée lorsqu'un médecin omnipraticien cesse sa pratique, une variation peut être notée quant au nombre d'omnipraticiens dans la RSS de l'Outaouais.</p> <p>2. Le nombre total de pharmacie n'inclue pas les pharmacies en CHSLD</p> <p>3. Une des entreprises d'économie sociale dessert deux RLS</p>						

POPULATION (PAR GROUPE D'ÂGE) PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES EN 2012

RLS	Groupes d'âges						Total RLS	
	0-17 ans		18-64 ans		65 ans et +			
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
des Collines	7 858	22,4	23 956	68,2	3 337	9,5	35 151	100
de Gatineau	47 990	20,0	161 918	67,5	29 953	12,5	239 861	100
de Papineau	10 321	19,1	35 084	65,0	8 610	15,9	54 015	100
du Pontiac	4 107	19,6	13 054	62,2	3 829	18,2	20 990	100
de la Vallée-de-la-Gatineau	3 496	16,7	13 280	63,3	4 191	20,0	20 967	100
TOTAL RÉGIONAL	73 772	19,9	247 292	66,7	49 920	13,5	370 984	100,0

Source : MSSS, SDI, Projection de la population selon le territoire des RSS au 1er juillet 2012 produites en janvier 2010 par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) selon le recensement de 2006.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

À titre de ressources complémentaires du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, les 149 organismes communautaires reconnus par l'Agence offrent une gamme de services diversifiés contribuant ainsi à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Ce tableau indique le secteur d'activité par programme service des organismes communautaires reconnus au 31 mars 2012.

Secteur d'activité par programme service	Nombre d'organismes reconnus et financés ¹
Déficience intellectuelle	12
Déficience physique	9
Dépendances	10
Jeu pathologique	1
Jeunes en difficulté	22
Lutte à l'itinérance et à l'exclusion sociale	4
Perte d'autonomie	23
Perte d'autonomie liée au vieillissement	5
Santé mentale	18
Santé physique	4
Santé publique	27
Services généraux	20
Y'a personne de parfait	8

1. Le même organisme peut avoir plusieurs secteurs d'activités identifiés

NOUVELLES DES ÉTABLISSEMENTS

La rubrique qui suit présente les faits saillants et les réalisations dignes de mention actualisées par les établissements en cours d'exercice.

CSSS DES COLLINES

- ▶▶▶▶ Implantation et consolidation du soutien d'intensité variable auprès d'une clientèle aux prises avec des troubles de santé mentale graves, en collaboration avec le Centre québécois d'excellence en santé mentale.
- ▶▶▶▶ Entente de partenariat avec le CSSS de Gatineau pour la mise en œuvre du service d'intervention régional de crise pour les adolescents sur le territoire des Collines.
- ▶▶▶▶ Inspection professionnelle de l'exercice collectif des infirmières et infirmiers du CSSS des Collines par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.
- ▶▶▶▶ Mise sur pied de la démarche entreprise en santé.
- ▶▶▶▶ Mise en place de lits transitoires de récupération fonctionnelle dont le mandat spécifique de ce programme vise l'optimisation de l'autonomie des personnes âgées suite à leur séjour en milieu hospitalier, en vue d'un retour à domicile ou, le cas échéant, d'une orientation dans un milieu de vie substitut adapté à leurs besoins.
- ▶▶▶▶ Mise en place d'une entente de partenariat avec le CSSS de Gatineau permettant de mettre en œuvre sur le territoire, le service d'intervention de crise régional pour les adolescents.
- ▶▶▶▶ Mise en place d'un réseau de soutien pour les proches aidants;
- ▶▶▶▶ Participation active à la concertation locale «Avenir d'enfants» et contribution à la promotion de divers projets pour rehausser les services dédiés à la stimulation précoce des jeunes enfants du territoire.

CSSS DE GATINEAU

- ▶▶▶▶ Année marquée par la planification et la réalisation des étapes préalables à l'intégration du CH Pierre-Janet au sein du CSSS de Gatineau. Ainsi, gestionnaires, médecins et employés ont travaillé tout près de neuf mois à préparer la fondation d'une nouvelle organisation de services en santé mentale dans l'Outaouais. La Fondation a remis près de 2,9 millions de dollars à l'établissement, la somme la plus importante de l'histoire de la Fondation pour une seule année.
- ▶▶▶▶ Mise en place du bureau de la performance opérationnelle dont les travaux ont été concentrés sur l'exécution des nombreux projets se rapportant au projet organisationnel «Virage Accessibilité».

- »»»» Mise sur pied de sept salles de visio-conférence permettant d'offrir des services en télémédecine.
- »»»» Lancement des services de consultation en gérontopsychiatrie par le biais de la télépsychiatrie.
- »»»» Établissement d'une zone franche en partenariat avec le CSSS de Papineau, afin d'améliorer le délai d'attente en chirurgie d'un jour (CDJ) et ainsi prioriser la clientèle de l'Outaouais.
- »»»» Présentation de l'équipe d'orthopédiste à la population dans le cadre d'une activité « portes ouvertes » afin de démystifier cette spécialité. Près de 120 personnes ont pris part à l'activité.
- »»»» Mise en place du projet de suivi systématique de prothèse de hanche et de genou. L'établissement se voit décerné le prix «Coup de cœur» décerné par le ministre de la santé et des services sociaux pour son projet.
- »»»» Certification de la maison de naissance de l'Outaouais au titre d' «Ami des bébés» pour ses pratiques exemplaires en matière de protection, de soutien et de promotion de l'allaitement maternel.
- »»»» Réalisation d'un vidéoclip présentant le cheminement d'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique dans son processus de rétablissement afin de mieux renseigner la population.
- »»»» Publication d'un article dans le bulletin national d'information Investir pour l'avenir ayant pour objet le programme «Bien choisir... bien manger ».
- »»»» Réception, lors du Gala des prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais – Édition 2011-2012, d'une mention d'honneur à titre de partenaire avec le CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau, pour le projet «Le développement d'une unité satellite d'hémodialyse».
- »»»» Obtention de plusieurs prix pour le projet «Répertoire des guides cliniques pour l'élaboration des plans thérapeutiques infirmiers en santé mentale» élaboré par le comité d'experts inter-établissements, dont : le prix «Innovation clinique régionale» de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec; une «Mention» dans la catégorie *Enseignement et partage des connaissances* de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec; le prix «Affiche Coup de cœur» lors du congrès de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec; et est reconnu comme «pratique exemplaire» par Agrément Canada.
- »»»» Réception du prix de l'Association québécoise des établissements des services de santé et des services sociaux du CH Pierre-Janet dans la catégorie *Service de soutien* pour son projet.

CSSS DE PAPINEAU

- »»» Recrutement d'un médecin impliqué en cardiologie permettant une réduction massive des listes d'attente pour les épreuves d'effort, les échographies cardiaques et les consultations en cardiologie.
- »»» Mise en place de questionnaires de satisfaction de la clientèle hospitalisée, communautaire et en maintien à domicile disponibles aux entrées de chacune des installations et sur le site Web de l'établissement. L'évaluation de la satisfaction de la clientèle en hébergement est effectuée tous les deux ans.
- »»» Poursuite du travail de l'équipe des saines habitudes de vie conjointement avec les municipalités et certaines entreprises privées pour la mise en application des saines habitudes de vie.
- »»» Transition vers l'autonomie du premier groupe de soutien aux Proches aidants Petite-Nation.
- »»» Harmonisation des menus et des recettes des services alimentaires des trois centres de production. Les recettes sont évaluées selon leurs présentations, leurs valeurs nutritives, leur goût et l'appréciation de la clientèle. Les cuisiniers d'établissements ont assisté à une formation de cuisine santé organisée par l'Agence.
- »»» Implantation de la zoothérapie en milieu de vie à raison de deux activités par en collaboration avec le comité de résidents.
- »»» Diffusion de la grille d'analyse et de la documentation du programme d'analyse systématique mis en place concernant les événements indésirables liés à la médication, visant à favoriser la communication et la collaboration entre les gestionnaires et les employés déclarants, à la demande de plusieurs établissements au Québec. Les informations sur ce programme sont ajoutées au répertoire des meilleurs pratiques de la revue «Le point en administration de la santé et des services sociaux», disponible dans le réseau sociaux sanitaire au Québec.
- »»» Obtention du prix de «Communication interne» décerné par l'Association québécoise d'établissements de santé et services sociaux, pour son projet de carte bleue remise aux nouveaux employés afin qu'ils soient mieux accueillis par les collègues, en plus d'être récipiendaire de trois prix d'excellence décernés lors du Gala des prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais – Édition 2011-2012.

CSSS DE PONTIAC

- »»» Début de la construction du nouveau «Centre d'accueil Pontiac».
- »»» Installation d'une seconde salle de graphie générale à l'hôpital et remplacement de l'ensemble des équipements dans la salle de graphie du CLSC de Mansfield-et-Pontefract.

- »»»» Acquisition de nouveaux instruments requis par les spécialistes permettant d'augmenter l'offre de service externe en orthopédie et en oto-rhino-laryngologie.
- »»»» Mise en place d'une salle d'allaitement à partir de la salle d'attente du CLSC de Mansfield-et-Pontefract.
- »»»» Ouverture de la salle d'urgence de l'hôpital suite aux travaux d'aménagement. Ce réaménagement des espaces assure une meilleure circulation de la clientèle, une meilleure supervision de la salle d'attente et plus de confidentialité dans les communications entre les professionnels, dans l'aire clinique.
- »»»» Collaboration avec le CJO afin d'offrir le programme d'aide personnelle, familiale et communautaire à la maison de la famille (PAPFC) et assurer le transport aux clients.
- »»»» Mise sur pied d'une clinique locale de transition pour la prise en charge de patients orphelins. La clinique s'est avérée un succès et a reçu le prix «Coup de Cœur» du ministère de la Santé et des Services sociaux et une mention de «Pratique exemplaire d'excellence» d'Agrément Canada.
- »»»» Réception en février 2012 des félicitations d'Agrément Canada pour avoir rencontré toutes les exigences reliées à son accréditation.
- »»»» Obtention de la certification du PQDCS rendant disponible les mammographies de dépistage pour les femmes dans le groupe cible de Pontiac.

CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-GATINEAU

- »»»» Installation des équipements technologiques de visioconférence en Télésanté aux CLSC de Gracefield et Maniwaki ainsi qu'à l'hôpital permettant la consultation sur place avec des professionnels et spécialistes de différents centres.
- »»»» Renouvellement par Agrément Canada de son accréditation en juin 2011. Le service de génie biomédical s'est particulièrement distingué pour son programme d'inventaire d'équipements, de son suivi d'entretiens préventifs et pour le registre des entretiens et réparations des appareils.
- »»»» Réception, lors du Gala des prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais—Édition 2011-2012, d'une mention d'honneur à titre de partenaire avec le CSSS de Gatineau pour «Le développement d'une unité d'hémodialyse».
- »»»» Mise en place d'un projet d'optimisation des services de soutien à domicile (SAD).
- »»»» Poursuite du programme de préceptorat avec une formation offerte à sept nouvelles préceptrices (infirmières et infirmières auxiliaires).

- »»» Mise sur pied du projet «Atelier de musique guichet unique CLSC Maniwaki», permettant à de jeunes élèves présentant certaines problématiques psychosociales, de créer des liens significatifs afin d'être en mesure d'aller chercher de l'aide en cas de besoin.
- »»» Remise d'un calendrier informant les résidents et les bénéficiaires de soins à domicile de leurs droits, obligations et responsabilités en lien avec les services qu'ils reçoivent.

CENTRES JEUNESSE DE L'OUTAOUAIS

- »»» La Direction de la protection de la jeunesse a misé prioritairement sur la diligence et le professionnalisme pour desservir les enfants, les adolescents et leur famille. Au cours de l'année, plus de 1 635 jeunes différents ont été desservis par les équipes d'intervenants. Au 31 mars 2012, un nombre de 940 jeunes faisaient l'objet d'un suivi en application des mesures, ce qui représente une légère baisse en comparaison de la dernière année où, à pareille date, un nombre de 975 jeunes bénéficiaient d'un suivi. De ce nombre, un peu plus de 53 % des enfants étaient suivis dans leur milieu familial, ce qui confirme les efforts des intervenants pour maintenir les enfants dans leur milieu.
- »»» Dans l'objectif de préparer les enfants au témoignage de la Cour, le service du contentieux s'est impliqué dans la réalisation d'un projet avec le Centre d'aide aux victimes d'acte criminel le CAVAC de l'Outaouais. Les résultats obtenus jusqu'à présent sont très positifs pour les enfants et les différents acteurs impliqués.
- »»» Les comités de résidents ont porté un regard sur la qualité des services et en collaboration avec les gestionnaires, diverses solutions ont été trouvées afin de satisfaire les jeunes hébergés tout en augmentant la qualité des services. Les résidents savent qu'ils sont au cœur de cette démarche et se sentent valorisés.
- »»» Un des objectifs du comité des usagers est d'impliquer davantage les jeunes dans les activités de l'établissement. Un bon exemple, lors de l'AGA du conseil multidisciplinaire, plusieurs jeunes ont réalisé des œuvres d'art pour une exposition sur le thème «Mon histoire, full d'espoir». Plusieurs prix ont été décernés à cette occasion.
- »»» En juin dernier, le Conseil québécois d'agrément octroie à l'établissement un agrément pour la période de 2011 à 2014.

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DE L'OUTAOUAIS - PAVILLON DU PARC

- »»» Le ministre de la santé et des services sociaux a autorisé le renouvellement du contrat d'affiliation entre le Pavillon du Parc et l'Université du Québec en Outaouais (UQO). L'objectif ultime de cette affiliation est d'améliorer et consolider l'expertise spécialisée d'adaptation et de réadaptation, d'enseignement et de la recherche

dans le domaine de la déficience intellectuelle (DI) et des troubles envahissants du développement (TED) afin de favoriser une meilleure inclusion des personnes présentant une DI ou un TED. Le renouvellement du contrat d'affiliation permettra ainsi la poursuite et l'enrichissement des démarches entreprises depuis 2006.

- »»» La Chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion-Pavillon du Parc (CIRLI) a été officiellement lancée le 28 mars 2011. La CIRLI vise le déploiement d'activités de recherche pour développer et pour valider des stratégies permettant aux milieux et aux services d'informer et de mieux desservir les personnes vulnérables sur le plan de la littératie. Ce faisant, CIRLI soutient le développement de milieux inclusifs pour tous les segments de la population.
- »»» Élaborer en collaboration avec l'UQO, le *Guide de rédaction pour une information accessible*, regroupe différents critères de lisibilité, d'intelligibilité et de langage simplifié, afin de soutenir les concepteurs dans la rédaction de documents d'information qui soient accessibles.
- »»» Le projet pilote sur les réseaux personnels et sociaux qui a vu le jour en 2010, a amené la direction à se doter en mai 2011 d'un poste de spécialiste en activités cliniques dédié au développement des réseaux personnels et sociaux. Les réseaux personnels et sociaux font partie des pratiques émergentes et sont porteurs de sens pour le futur. Il est reconnu qu'un individu présentant une DI ou un TED est plus à risque de vivre isolé socialement, ce qui le rend davantage vulnérable et susceptible de vivre des situations de négligence, voire de violence et d'abus de toutes sortes.
- »»» Les différents prix reçus pour le programme d'intervention précoce intensive sont venus confirmer les efforts déployés par une équipe multidisciplinaire et un CA convaincus de l'impact d'un tel projet sur la clientèle. En misant sur un contexte éducatif et inclusif, l'établissement a réussi à se démarquer sur la scène provinciale au profit des enfants entre deux et cinq ans présentant une DI en leur offrant dix heures par semaine de services spécialisés.

CENTRE DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES- CENTRE JELLINEK

- »»» Suite à un accord Canada-Québec, le Centre Jellinek bénéficie d'un soutien financier découlant d'une mesure du *Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie*. Cette mesure permet de développer un service spécifique aux usagers de moins de 30 ans présentant des risques de désaffiliation sociale.
- »»» L'implication du Centre Jellinek au sein de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) s'est poursuivie par une participation soutenue aux diverses instances. L'expertise du Centre Jellinek a été sollicitée pour nourrir les réflexions qui mèneront

à la publication d'un nouveau guide de meilleures pratiques portant sur la réinsertion sociale.

- »»» Suite à une entente entre ACRDQ et la Société d'assurance automobile du Québec, le Centre Jellinek offre le programme d'évaluation des conducteurs reconnus coupables de conduite avec les facultés affaiblies ou les conducteurs aux prises avec un problème d'alcool, de drogues ou de médicaments.
- »»» Le personnel du programme jeunesse a su relever plusieurs défis durant l'année dont celui de revoir certains processus cliniques. Les résultats obtenus suite aux mesures mises en place avec cette révision, s'observent par une augmentation du nombre d'utilisateurs desservis par le service externe et une augmentation du nombre de référence au service résidentiel d'adolescents en provenance de l'Outaouais.
- »»» Des travaux en partenariat avec les CJO ont menés dans le cadre de la *Stratégie d'action jeunesse*, à augmenter l'offre de service auprès des jeunes hébergés en Centres jeunesse. Un système de priorisation est mis en place pour favoriser l'accès à l'évaluation spécialisée pour la clientèle constituée de parents d'enfants d'âge préscolaire et de femmes enceintes.
- »»» Les membres du comité des usagers ont participé à 13 réunions régulières du comité ainsi qu'à neuf rencontres auprès des résidents jeunes et adultes. Ces derniers ont aussi été présents dans l'ensemble des activités organisées par les différents comités bénévoles pour un total de plus de 600 heures de bénévolat. Leur présence lors des formations offertes par le Regroupement des comités des usagers de l'Outaouais et le Regroupement provincial des comités des usagers, témoigne d'un engagement à renseigner les usagers face à leurs droits, obligations et responsabilités.

CENTRE RÉGIONAL DE RÉADAPTATION-LA RESSOURSE

- »»» La RessourSe a développé une expertise de pointe, régionalement reconnue, au niveau de la définition du diagnostic d'enfants présentant un retard de développement. L'offre de service pour la clientèle présentant une dyspraxie motrice et pour les jeunes de 0 à 3 ans a été révisée, ce qui a permis de diminuer les délais d'attente lors d'une première intervention. Un groupe pour la clientèle ayant une sclérose en plaques visant l'intégration sociocommunautaire a été mis sur pied.
- »»» L'établissement a signé une entente entre le Centre d'expertise pour personnes victimes de brûlures graves de l'ouest du Québec et la région de l'Outaouais et l'équipe en neuro traumatologie a organisé ses services en vue d'accueillir cette nouvelle clientèle. On note un rapatriement plus systématique des enfants traités au CH pour enfants de l'est de l'Ontario suite à un traumatisme. Une intervention de

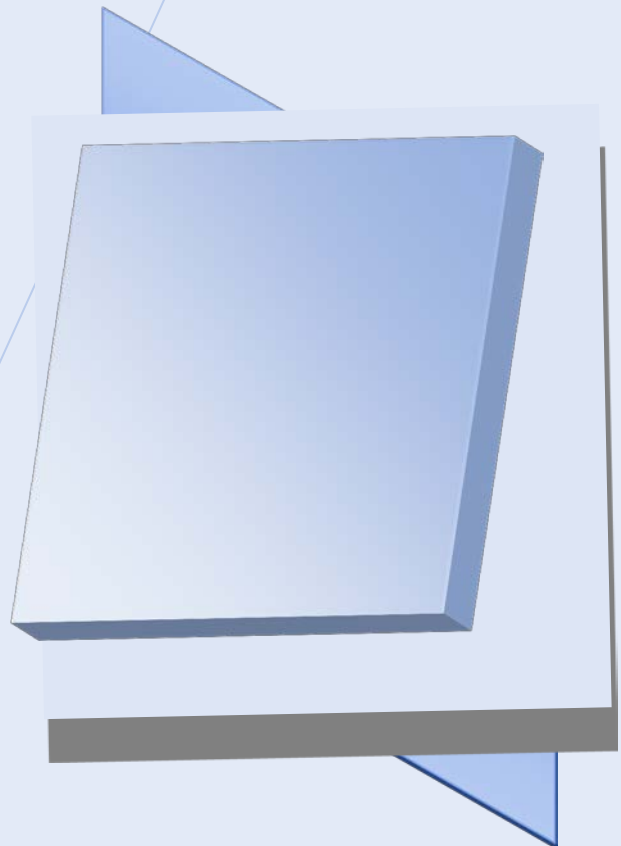
groupe, «Gestion du Coco» a été mise sur pied afin notamment d'informer les personnes sur le traumatisme cérébral et ses séquelles aux niveaux cognitif et de l'énergie.



En déficience visuelle, un groupe d'intervention «Eau-Pas» a été développé et est dispensé au bassin thérapeutique. En déficience auditive, mentionnant une collaboration accrue avec les milieux scolaires notamment pour l'organisation des journées de couplage de systèmes MF. L'implantation d'un groupe «Super ami» s'adressant à des jeunes de 5 à 7 ans ayant des difficultés sur le plan des habiletés sociales et présentant un trouble du langage, vise à favoriser la connaissance de soi, la prise de conscience de sa valeur personnelle et de ses compétences, à modifier son langage intérieur et l'affirmation de soi.



Lauréat d'un prix d'excellence décerné lors du Gala des prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais- Édition 2011-2012 pour le projet intitulé« Plan d'accès aux services pour les moins de six ans», cette attribution reconnaît les efforts visant à diminuer l'attente de services pour cette clientèle.





RÉALISATIONS DE L'AGENCE

PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL 2010-2015

Les résultats obtenus pour l'année 2011-2012 sont exposés et commentés en fonction des sept enjeux identifiés au plan d'action 2011-2012 résultant de la mise en œuvre de la planification stratégique régionale 2010-2015, soit : la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée en nombre suffisant et mobilisée à l'action, l'action en amont des problèmes de santé et de bien-être et la réduction des inégalités de santé et bien-être, l'accès à des services de premières lignes et spécialisés offerts de façon continue pour l'ensemble de la population de l'Outaouais, des délais d'accès raisonnables pour des services de santé et des services sociaux, notamment les services spécialisés et spécifiques aux clientèles vulnérables, l'intégration et la mise en réseau des services de santé et des services sociaux, une performance globale accrue au sein d'un réseau régional axé sur la qualité, la sécurité et l'innovation et la réalité frontalière de l'Outaouais. La période 2011-2012 représente véritablement la première année d'opérationnalisation du plan stratégique.

À cet effet, les mesures globales suivantes constituent le cadre général pour la réalisation du plan, en lien avec les orientations ministérielles : le développement d'une stratégie globale de mise en œuvre de la planification qui intègre les différents plans d'action spécifiques selon les domaines et la réalisation d'une stratégie de communication pour faire connaître à l'ensemble des acteurs locaux et régionaux, dont la population. Les objectifs de cette planification étant : l'intégration des cibles régionales au sein des plans et programmes régionaux, des plans stratégiques des établissements ainsi que des ententes de gestion; le développement d'outils de suivi continus, dont les tableaux de bord qui intègrent les différents indicateurs propres aux cibles et l'établissement de l'année de référence pour l'ensemble des cibles, en vue d'assurer une base de comparaison quant à l'évolution des cibles.

DISPONIBILITÉ D'UNE MAIN-D'ŒUVRE QUALIFIÉE, EN NOMBRE SUFFISANT ET MOBILISÉE À L'ACTION

RESSOURCES HUMAINES RÉSEAU

Afin de promouvoir les métiers et professions du réseau, l'Agence a coordonné la réalisation de deux journées de stage d'exploration pour 86 élèves du secondaire au sein des établissements. De plus, les collaborations se sont poursuivies tant pour la réalisation de la deuxième édition du Salon de la formation professionnelle et technique qui a attiré plus de 8 500 visiteurs que dans les activités de sensibilisation à la diversification des choix de carrière. Enfin, lors du Salon Accès emploi de Gatineau, les établissements ont été représentés au sein d'une allée de la santé et des services sociaux. Cette formule permet aux candidats potentiels de découvrir les différentes possibilités de carrière et rencontrer les employeurs du réseau. Ce fût l'occasion de promouvoir le nouveau portail régional d'affichage de postes mis en ligne en juillet 2011. Par ses stratégies régionales d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre, l'Agence a soutenu financièrement les établissements notamment afin d'augmenter le nombre d'externats réalisés en soins infirmiers, en inhalothérapie et en laboratoire dans les CSSS. De plus, afin d'assurer la mise en œuvre des programmes de préceptorat à l'intention des infirmières et infirmiers auxiliaires ayant moins de trois d'expérience, 51 préceptrices ont été formées.

CAMPUS SANTÉ OUTAOUAIS

Via le consortium du Campus santé Outaouais, le déploiement de l'offre de formation initiale s'est poursuivi. Le comité d'implantation du DEC en technique d'analyse biomédicale s'est affairé à mettre tout en œuvre pour que le Cégep puisse accueillir sa première cohorte en septembre 2012. Les efforts se sont également poursuivis afin d'offrir des formules de formation différentes. Par exemple, un projet unique d'intégration étude-travail pour une cohorte de futurs préposés aux bénéficiaires a vu le jour grâce aux travaux de plusieurs partenaires dont le CSSS de Gatineau et le Centre Vision Avenir.

Depuis sa création, le Campus santé Outaouais a contribué par ses initiatives à former 149 finissants en plus des cohortes régulières. Ce dynamisme se répercute dans la gestion des stages en soins infirmiers. Encore cette année, le comité régional de stage a été heureux de constater que la créativité des partenaires a résulté en un accroissement de 3 % des heures de stages réalisées et une hausse de 13 % du nombre de stagiaires. C'est donc 2041 stages totalisant plus de 184 024 heures qui se sont déroulés au sein des établissements.

En ce qui a trait à l'axe de formation médicale du Campus santé, l'externat intégré a complété sa deuxième année. Les résultats obtenus par les externes sont impressionnants, tant au niveau des examens écrits, des examens oraux que des évaluations cliniques, et ce, pour l'ensemble des disciplines normalement offertes en 3e année de médecine. Nos premiers étudiants ont également témoigné de leur expérience enrichissante pour faire la promotion de l'externat intégré auprès de leurs collègues de deuxième année de l'Université McGill. L'unité de médecine familiale a connu, encore une fois, un immense succès et a comblé tous ses postes de résidence en médecine familiale et a un taux de rétention de 73 %. Plusieurs nouveaux médecins s'implantent dans différents milieux cliniques.

Les nouveaux stages cliniques pour les IPS-SPL ont connu un franc succès. Le premier prototype de l'outil EBM-PICO, développé en partenariat avec l'UQO, le CSSS de Gatineau, l'Agence et l'Université McGill, est maintenant en ligne. Cet outil devrait faciliter l'analyse et la revue d'articles scientifiques

par les intervenants de la santé et encourager une pratique axée sur les soins de santé factuels. Le groupe de travail sur l'étude de faisabilité de la formation fondamentale a débuté ses travaux. Un rapport devrait être produit avant la fin de l'année académique 2012-2013.

APPLICATION DE LA LOI 90 ET DU PROJET DE LOI 21

Par l'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90) et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (projet de loi 21), l'Agence offre un support aux établissements dans leurs démarches visant à améliorer les processus de travail, à ajuster les rôles et responsabilités en lien avec l'application de la Loi 90 et du projet de loi 21 et à introduire de nouveaux titres d'emploi. L'optimisation des rôles requiert souvent l'acquisition de nouvelles compétences. À cet égard, l'Agence a financé la réalisation de formations telles que «Agir auprès de la personne âgée» à l'intention des préposés aux bénéficiaires (964 participations), «Contribution de l'infirmière auxiliaire à la thérapie intraveineuse» (270 infirmières auxiliaires formées) et «Implantation de système automatisé et robotisé de distribution de médicament» (472 participations).

Enfin le comité régional de développement du personnel d'encadrement de l'Agence a actualisé la première phase de son plan d'action triennal visant à développer les compétences des cadres en s'inspirant de l'approche de développement durable et socialement responsable. Pour ce faire, une session d'appropriation « Les nouveaux visages de la gestion » a été offerte aux comités de gestion des établissements (210 participations).

AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DE LA RSS DE L'OUTAOUAIS : L'ACTION EN AMONT DES PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE ET LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Outre les activités régulières en santé publique pour la poursuite de la mise en œuvre du Programme national de santé publique, la direction de santé publique gère des fonds destinés à la mobilisation de différents groupes d'acteurs sociaux de la région dans le but d'améliorer l'état de santé de la population de l'Outaouais par des actions sur les déterminants sociaux de la santé. Voici deux exemples qui illustrent bien cet engagement :

PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION DE LA RÉGION SOCIO-SANITAIRE DE L'OUTAOUAIS

»»» La Loi sur la santé publique stipule que le directeur ou la directrice régionale de santé publique doit exercer une surveillance continue de l'état de santé et de ses facteurs déterminants, notamment en dressant périodiquement un portrait global de l'état de santé de la population. Dans cet objectif, la Direction de santé publique a validé, exploré et analysé pendant plus de six mois les plus récentes données administratives, cliniques et celles provenant d'enquêtes de santé fédérales et provinciales disponibles sur une base régionale. Elle a consulté les répondants de santé publique et leurs collègues des CSSS sur l'interprétation des données spécifiques à leur RLS. Elle a finalement publié, en septembre 2011, le *Portrait de santé de l'Outaouais*, des RLS de CSSS et des anciens districts de CLSC. Le Portrait a été réalisé en consultation avec l'Institut national de santé

publique. La diffusion du Portrait de santé de l'Outaouais a été soutenue dans tous les RLS de CSSS par le biais de plus de 40 présentations orales, suivies de périodes de questions et de discussions, au bénéfice des décideurs et des intervenants de la RSS de l'Outaouais et de différents partenaires des autres secteurs d'activités (éducation, municipal, gens d'affaires, etc.). Ces présentations ont permis de sensibiliser et d'informer les différents publics quant aux leviers intersectoriels et aux pistes de solution disponibles pour améliorer l'état de santé de la population, notamment eu égard aux déterminants majeurs que sont le revenu, l'éducation et le réseau social des individus et des familles.

»»» Le portrait de santé est disponible sur le site Internet de l'Agence dans la section documentation à l'adresse :<http://www.santeoutaouais.qc.ca>

SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

»»» Un soutien financier a été accordé à 20 projets dans le cadre du Fonds de soutien au développement des communautés. Les montants accordés pour chacun des projets ont varié entre 2 900 \$ et 30 000 \$ pour un montant total de 416 599 \$. Les projets financés visent la participation citoyenne, le partenariat intersectoriel et la prise en charge des communautés dans leur développement. Ils ont aussi pour but d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Plus spécifiquement, les projets financés cette année contribuent à l'amélioration de la vie de quartier, au soutien à la jeunesse, à la lutte contre la pauvreté et à l'adoption de saines habitudes de vie. Certains visent davantage une action auprès de groupes spécifiques tels que les hommes, les aînés et les premières nations. Le *Projet régional « Pour des familles outaouaises actives et en santé »* a été élaboré par la Concertation régionale pour de saines habitudes de vie en Outaouais avec la collaboration de partenaires régionaux. Une entente tripartite a été conclue entre l'Agence, la CRÉO et Québec en forme (QEF) pour la réalisation de ce projet. Financé par QEF sur deux ans à la hauteur de 420 000\$, les objectifs visés s'inscrivent dans le cadre du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids. Ils visent à : mobiliser et soutenir les élus et les décideurs municipaux et scolaires, les partenaires des concertations locales ainsi que des groupes de jeunes pour la mise en place d'actions favorisant la saine alimentation et un mode de vie physiquement actif chez les jeunes de 0 à 17 ans et leur famille; favoriser la mise en valeur des réussites locales propices aux environnements favorables à la saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif, favoriser le partage d'information soutenant les environnements favorables à la saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif par le biais des réseaux de communication existants.

PORTRAIT DES COMMUNAUTÉS

- »»» Pour bien orienter les actions en développement des communautés, en collaboration avec l'Agence, une douzaine de partenaires institutionnels et communautaires de la région de l'Outaouais se sont réunis pour produire un *Portrait des communautés de l'Outaouais*. Le projet visait à réaliser un portrait de 106 communautés de la région de l'Outaouais en fonction de leurs particularités, de leurs besoins et de leur potentiel de développement. La réalisation du projet a nécessité l'implication des communautés locales (71 en milieu urbain et 35 en milieu rural) à chacune des étapes. L'objectif est d'être en mesure d'analyser des données démographiques, socioéconomiques et sociosanitaires dans le but d'améliorer la qualité de vie des citoyens et de contribuer au dynamisme des communautés. La réalisation d'un tel portrait s'inscrit dans une approche de développement des communautés.

ACCÈS À DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET SPÉCIALISÉS

SITUATION DANS LES URGENCES

- »»» Un nouveau poste de coordonnateur pour le suivi des urgences a été créé à l'Agence afin de soutenir les différentes actions dans l'objectif de désengorger les urgences des hôpitaux du territoire de l'Outaouais. Étant donné que les salles d'urgence sont souvent la porte d'entrée dans le réseau, il faut s'assurer que les patients soient redirigés rapidement vers les services appropriés à leur problème de santé. Nous sommes donc à développer des trajectoires de soins qui auront pour effet d'accélérer l'accessibilité aux soins et par le fait même désengorger les urgences. Voici quelques exemples de projet : mise en place des unités d'hospitalisation brève avec un accès plus rapide aux plateaux techniques des hôpitaux, augmentation de la capacité et la diversité des soins donnés en médecine de jour, révision de l'approche adaptée pour les personnes âgées, développement de places supplémentaires pour les personnes en attente d'hébergement en ressource intermédiaire. Plusieurs autres projets verront le jour au cours de l'année 2012-2013 et l'Agence continuera à travailler avec les CSSS de la région afin de les soutenir dans leur désir de donner un meilleur service à la population dans les meilleurs délais.

IMPLANTATION ET DÉPLOIEMENT D'INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

- »»» Leur implantation se poursuit jusqu'en 2017 grâce aux travaux réalisés par le comité régional d'implantation mis sur pied dès l'annonce ministérielle d'implanter 32 IPS-SPL en Outaouais. Ce comité s'est réuni dans le but d'identifier les conditions optimales de réalisation ainsi que les milieux cliniques où seront déployées les IPS-SPL octroyées

annuellement par le MSSS. En effet, plusieurs éléments doivent être considérés dans l'intégration d'IPS-SPL à partir du recrutement de médecins précepteurs, de la préparation des milieux de stages, du soutien aux RLS sur l'identification des besoins en première ligne, de la promotion du rôle de médecin partenaire jusqu'au déploiement dans chaque territoire de CSSS. Au printemps 2012, une tournée régionale de promotion du programme à l'UQO a permis de rencontrer une quinzaine d'infirmières intéressées à connaître le rôle d'une IPS-SPL ainsi que les exigences académiques préalables à l'inscription. Des suivis sont régulièrement faits auprès du DRMG déjà impliqué au sein du comité régional et intéressé à promouvoir la valeur ajoutée d'accueillir des IPS-SPL dans chacun des territoires de CSSS. Sept IPS-SPL sont actuellement en partenariat avec des équipes médicales de première ligne et quatre autres rejoindront les rangs d'ici décembre 2012. Les équipes médicales se disent très satisfaites de travailler en collaboration avec des infirmières praticiennes chevronnées. L'Outaouais est fier de cet accomplissement et consent tous les efforts nécessaires pour assurer à la population une meilleure accessibilité et continuité aux services médicaux de première ligne.

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER

- »»» Démarches entreprises pour nommer un directeur médical régional. Des candidatures ont été reçues et le processus de sélection est en cours en fin d'année.

Registre québécois du cancer

- »»» Permet de disposer d'informations nécessaires à la surveillance du cancer et à une saine gestion des interventions en matière de lutte contre le cancer. La première phase du déploiement de ce registre visait la transmission Web d'information des établissements ayant un laboratoire d'anatomopathologie produisant des rapports pour des cancers et ce, rétroactivement au 1^{er} janvier 2011. Pour ce faire, le logiciel SARDO servant de registre local de saisie et de transmission de l'information régionale vers le registre québécois du cancer, a été installé au CSSS de Gatineau – Hôpital de Gatineau en juin 2011. Tous les rapports de pathologie depuis janvier 2011 ont été saisis et transmis au Registre québécois du cancer (RQC) tel que demandé par la direction québécoise du cancer. L'atteinte des cibles est réalisée, voire dépassée. La deuxième phase du RQC, débutant en janvier 2012 vise le déploiement de registres locaux de saisie dans tous les établissements du Québec offrant des activités oncologiques. Le modèle privilégié selon les activités oncologiques des cinq CSSS de la RSS de l'Outaouais est un registre de saisie régionale centralisée opéré à partir du centre de cancérologie du CSSS de Gatineau.

Infirmière pivot en oncologie

- »»» Développement d'un modèle de type communautaire bénéfique aux patients qui ont accès localement à l'infirmière pivot en oncologie (IPO). Grâce à l'ajout de deux postes équivalents à temps complet dans le Plan d'action Outaouais, les cinq territoires de notre région peuvent maintenant compter sur un total de 11 IPO pour un total de 9,4 postes équivalent à temps complet. La région participe actuellement au projet pilote provinciale évaluant la capacité de mesurer le délai d'accès à une IPO. L'agente de planification de l'agence, le coordonnateur régional et les IPO participent à l'élaboration de deux nouveaux outils: le premier étant l'outil de mesure quantitative du délai d'accès aux services de l'IPO et le deuxième étant un algorithme encadrant les appels faits par l'IPO auprès des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer.

Services bucco-dentaires en oncologie

- »»» Accessibles en avril 2009 pour tous les patients atteints d'un cancer de la sphère oto-rhino-laryngologique. En 2011, trois nouveaux dentistes ont suivis la formation spécifique à ce service ce qui porte à sept, les dentistes de l'Outaouais autorisés à donner l'ensemble des soins dentaires de base nécessaires préalablement aux traitements de radiothérapie. Notre équipe est complète et les dentistes traitent temporairement les patients en cabinet privé dans l'attente de l'ouverture de la nouvelle salle de dentisterie au centre de cancérologie de Gatineau prévue à l'automne 2012. Depuis juin 2011, trois Trousses X Pur sont distribuées gratuitement aux patients de ce service.

Corridor de desserte – Abitibi-Témiscamingue

L'équipe de radio oncologie maintient les délais d'accès en radiothérapie à moins de 28 jours ouvrables pour plus de 99 % de sa clientèle et ce, en tout temps.

Provenance de la clientèle de radiothérapie en 2011-2012		
ABITIBI	OUTAOUAIS	TOTAL
172	913	1085

- »»» Entente signée en septembre 2007 entre les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Outaouais, prévoyant que le Centre de radio-oncologie du CSSS de Gatineau accueille éventuellement 85 % de la clientèle provenant de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, soit environ 225 patients par année. En 2011-2012, Gatineau a traité 76 % de cette population soit 172 patients. Les patients de l'Abitibi-Témiscamingue recevant des traitements de radiothérapie sont hébergés à l'Hôtellerie de la Fondation québécoise du cancer située à proximité du centre de cancérologie. L'augmentation du nombre de patients traités à Gatineau en provenance de l'Abitibi-Témiscamingue et leur taux d'accompagnement élevé, contribuent à l'effet de

débordement à l'Hôtellerie de la Fondation. Des mesures ont été instaurées afin de relocaliser les patients en débordement dans des résidences de personnes retraités dans le but que ceux-ci reçoivent les mêmes services que les patients hébergés à l'Hôtellerie. L'allocation d'un budget de 75 000 \$ liée à une entente de collaboration sur les mesures transitoires d'hébergement pour les patients de l'Abitibi-Témiscamingue ou de l'Outaouais devant recevoir des traitements de radiothérapie, a été approuvée par le MSSS et l'entente est en application depuis janvier 2012.

Soins palliatifs



Hausse du financement des lits de soins palliatifs à 60 000 \$ chacun par l'Agence en 2011 et l'ajout de deux lits supplémentaires à la Maison Mathieu Froment-Savoie (MMFS). Ce qui porte à onze le total de lits subventionnés. En 2012, la MMFS a réussi avec succès son processus de renouvellement d'agrément exigé aux maisons de soins palliatifs.

ACCÈS RAISONNABLE POUR DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

OPTIMISATION DU SOUTIEN À DOMICILE LONGUE DURÉE



Dans la RSS de l'Outaouais, les cinq RLS de CSSS offrent des services de SAD longue durée pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), les personnes ayant une déficience physique (DP) et les personnes ayant une DI ou TED selon les critères et les normes de bases établis dans le *Cadre de référence régional sur les services de soutien à domicile* (2009). Les services de SAD longue durée portent sur quatre volets, soit l'aide à domicile, les soins et services professionnels, les services aux familles et aux proches-aidants et le support technique. Ces services à domicile sont dispensés selon différentes modalités et fournisseurs aux usagers et à leur proches. Au cours des prochaines années, les services SAD longue durée devront faire face à la pression de l'augmentation de la proportion des aînés dans la communauté. Pour ce faire, le MSSS a demandé à toutes les régions du Québec d'optimiser les services SAD longue durée de 10 % d'ici 2015 en augmentant les heures directes aux usagers. La RSS de l'Outaouais s'est donc dotée en 2011-2012 d'une stratégie d'optimisation pour assurer une réponse à la demande grandissante au SAD et conserver la qualité de services offerts en révisant l'organisation du travail et la gestion de la main-d'œuvre, en améliorant les processus et les pratiques cliniques en fonction d'objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité, en utilisant les nouvelles technologies pour augmenter l'efficacité et l'efficience, en révisant les modes et les pratiques de gestion, et en favorisant une meilleure intégration des services et l'arrimage des ressources des divers partenaires des RLS. La démarche d'optimisation n'est non seulement un exercice visant la productivité, mais devient aussi

l'occasion de revoir l'organisation des services, leur intégration et leur approche dans une perspective de meilleure adéquation de la réponse aux besoins de la population vieillissante.

PLAN DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES 2011-2013

- »»» Le MSSS a investi un montant de 258 990 \$ dans la région en SAD pour le développement de places alternatives à l'hébergement institutionnel et en récupération fonctionnelle. Ainsi, deux unités transitoires de récupération fonctionnelle ont été développées sur le territoire du RLS du CSS des Collines, deux places en RI additionnelles sont maintenant disponibles pour les personnes en PALV sur le territoire du RLS du CSSS de Pontiac, et sur le territoire du RLS du CSSS de Gatineau, dix RI supplémentaires pour les personnes ayant une DP sont maintenant ouvertes. Ces nouvelles ressources permettent aux usagers de recevoir les services nécessaires dans un milieu de vie différent du CHSLD et approprié à ses besoins.

PLAN D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ DES SERVICES EN DÉFICIENCE

- »»» L'implantation du plan d'accès pour la clientèle en DI-TED-DP continue de progresser. L'année 2011-2012 aura été marquée par une amélioration constante du respect des délais d'accès pour les demandes de niveau urgent et élevé dans chacun des RLS de CSSS. L'arrivée d'une nouvelle cohorte d'usagers, dont la demande de service est de niveau modéré, a exigé de la part des gestionnaires d'accès un suivi minutieux des délais d'accès. Ces démarches se sont avérées efficaces, car dans plusieurs établissements, on parvient à respecter les délais d'accès pour la majorité des demandes de niveau modéré. L'année aura également été marquée par la mise en chantier et l'aboutissement de plusieurs travaux menés au niveau régional qui ont une répercussion directe sur les éléments du plan d'accès, soit : les travaux de plusieurs comités pour l'élaboration des trajectoires de services en DI-TED et DP; les travaux entourant le transfert des ressources d'hébergement en DP du CRR La RessourSe aux CSSS et les travaux sur l'élaboration d'un cadre de référence régional pour l'élaboration de plan de service individualisé (PSI). À cet effet, l'Agence considère que les différentes assises au niveau stratégique et tactique sont en place, le comité régional des gestionnaires d'accès et le comité stratégique DI-TED-DP, permettront de finaliser l'implantation du plan d'accès dans les délais souhaités.

NOUVELLE TRAJECTOIRE EN DI-TED

- »»» Elle est élaborée avec la collaboration des CSSS et entérinée par la *Table des directrices générales et directeurs généraux* début décembre 2011. Sa mise en place est supportée par un plan de mise en œuvre triennal 2012-2015. Cette trajectoire d'accès tient compte de la hiérarchisation des services tout en établissant les responsabilités des

établissements de première et de deuxième lignes, et ce, en maintenant un continuum de services.

INTÉGRATION ET MISE EN RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ

COORDINATION DE L'ENSEMBLE DES RESEAUX LOCAUX DE SERVICES

»»» L'Agence a inscrit dans la *Planification stratégique pluriannuelle 2010-2015* un enjeu portant sur l'intégration et la mise en réseau des services de santé et des services sociaux ainsi que deux orientations : soutenir l'approche populationnelle dans le cadre des partenariats au sein des RLS et intensifier la mise en réseau et la hiérarchisation des services de santé et des services sociaux dans les cinq RLS de la RSS de l'Outaouais. Comme première activité, un état de situation sur l'évolution de l'implantation des RLS et des projets cliniques a été produit. Les résultats démontrent que : le projet clinique est en voie de réalisation dans la majorité des CSSS (la signature d'ententes avec les partenaires du réseau ou hors réseau progresse dans chaque RLS); les arrimages se développent plus ou moins rapidement entre les services de première ligne et les services spécialisés (la double vocation, locale et régionale, du CSSS de Gatineau pose un important défi); les processus d'évaluation des besoins de la population, qu'elle utilise les services ou non, qu'elle soit vulnérable ou non, qu'elle soit d'une communauté particulière ou non, méritent d'être approfondis (des mécanismes de concertation favorisant le partenariat intersectoriel existent dans chaque RLS); les points de vue sont très différents selon qu'on appartient à un CSSS (positif) ou à un établissement régional (plus ou moins positif).

INTÉGRATION DU CENTRE HOSPITALIER PIERRE-JANET AU CSSS DE GATINEAU

»»» Au cours de 2011-2012, l'Agence a piloté, conjointement avec les deux organisations concernées, une démarche structurée et intensive menant à l'intégration clinique, administrative et corporative du CH Pierre-Janet au CSSS de Gatineau. Cette intégration vise l'unification de la gouvernance et du leadership en santé mentale, et est l'aboutissement d'une longue réflexion quant aux choix de solutions structurantes en vue d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité de l'offre de services régionaux en santé mentale. Malgré la mise en œuvre de multiples mesures au cours des dernières années, on assistait encore à l'engorgement persistant des urgences de Hull et Gatineau à un niveau inacceptable et une difficulté de prise en charge avant tout médicale de la clientèle en santé mentale, tant à l'urgence qu'en première ligne. Ces situations menaient entre autres à des séjours significativement prolongés de la clientèle en santé mentale dans les urgences, ainsi qu'aux difficultés d'accès aux lits d'hospitalisation en santé mentale et leur utilisation. Ces problématiques soulignaient l'absence d'une vision unique quant aux actions à poser pour assurer un continuum de services fluide et une

réponse rapide à des attentes trop longues pour l'accès à des services hospitaliers. L'Agence est donc arrivée à la décision que seules des mesures structurantes de rapprochement corporatif, organisationnel et clinique permettront une meilleure intégration et coordination des processus décisionnels. Au niveau du processus, cette démarche globale a été pilotée dans un esprit de partenariat et avec un souci de transparence et de profond respect des deux organisations en cause. Différentes structures de gouverne et de travail ont été mises en place dès mai 2011. L'Agence et les deux établissements ont procédé à diverses consultations avec l'ensemble des partenaires internes et externes reliés de près ou de loin au dossier de la santé mentale, afin d'obtenir leur perspective sur l'intégration et leurs préoccupations. Des bulletins d'information ont été diffusés régulièrement auprès des diverses instances, faisant rapport des travaux réalisés.

Dès le début du processus d'intégration, les deux établissements et l'Agence ont convenu de se doter d'un certain nombre de principes directeurs qui guideraient les travaux et baliseraient les attentes de part et d'autre dans une approche gagnant-gagnant. Elles découlaient de la reconnaissance que deux cultures organisationnelles différentes sont appelées à s'intégrer dans un contexte de transformation importante de l'offre régionale de services. En juin 2011, les conseils d'administration de l'Agence et des deux établissements adoptaient deux résolutions clés soit: l'adoption de la convention d'intégration du CH Pierre-Janet au CSSS de Gatineau, dont la date formelle a été fixée au 29 janvier 2012, ainsi que l'adoption d'un projet d'entente administrative qui balise la mise en œuvre de l'intégration selon des principes directeurs établis en mai 2011. Après plus de sept mois de travail intensif, les comités ont structuré des activités de transition suite à l'intégration formelle le 29 janvier dernier. Cette période de transition de trois ans inclut le suivi de l'intégration par un comité de vigie, instance identifiée dans l'entente administrative. Les plans de travail des quatre comités de travail ont été finalisés et chaque chantier a identifié les mesures de transition et les actions qui se poursuivront suite à l'intégration. Le CSSS de Gatineau a assumé la prise en charge des activités de transition dès le 29 janvier 2012.



Forum régional en santé mentale et son articulation avec les services de première ligne «Partenaires en action», le 23 février 2012.

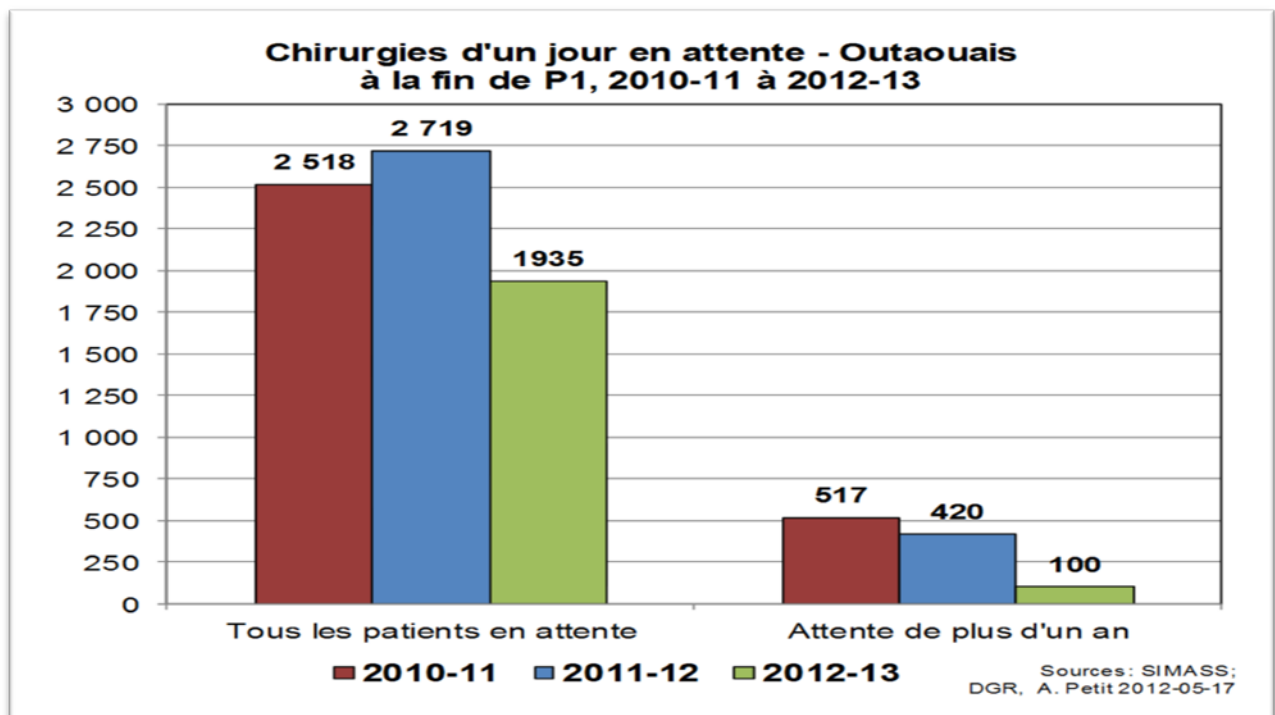
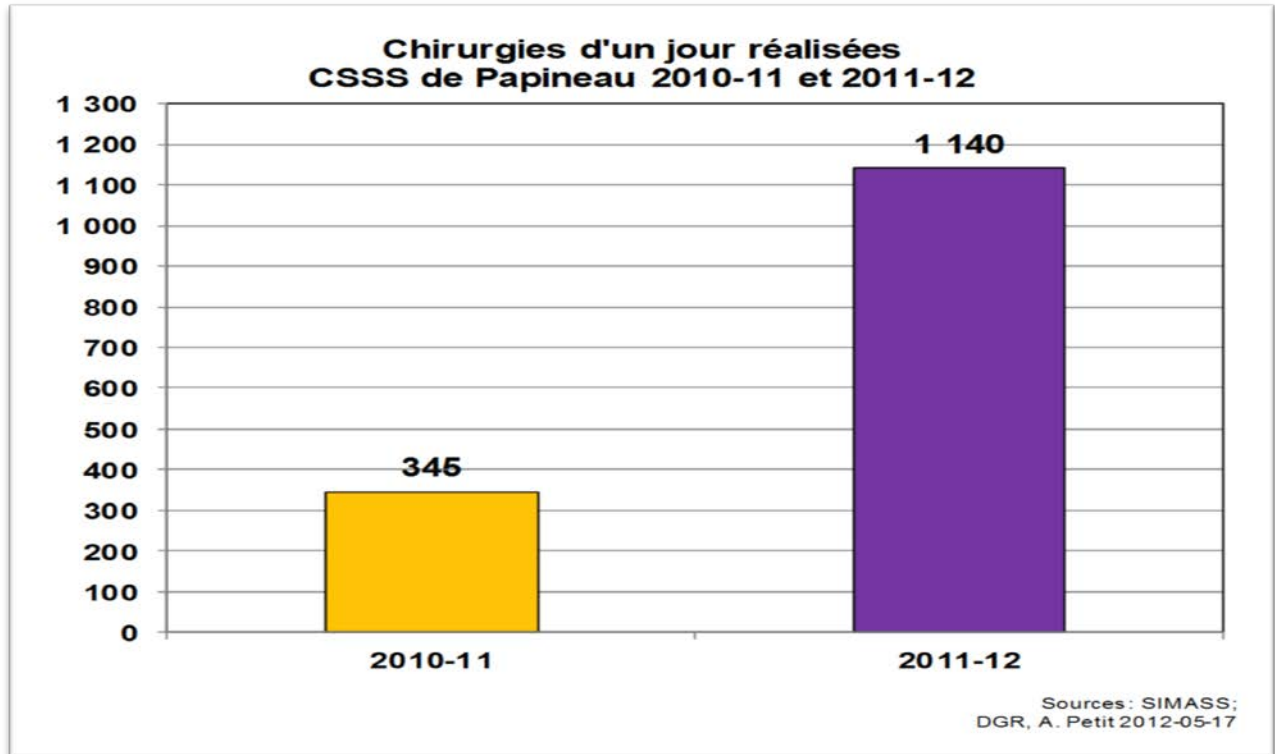
PERFORMANCE GLOBALE ACCRUE AU SEIN D'UN RÉSEAU RÉGIONAL AXÉ SUR LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ ET L'INNOVATION

CRÉATION D'UNE ZONE FRANCHE EN CHIRURGIE D'UN JOUR ENTRE LE CSSS DE GATINEAU ET LE CSSS DE PAPINEAU

- »»» L'élaboration d'un portrait régional sur la disponibilité des plateaux techniques de la région (septembre 2010) et la mise en place d'un comité stratégique et d'un groupe de travail composés de directeurs cliniques et administratifs de la région, de chefs de département de chirurgie et de conseillers-experts pour l'optimisation des ressources chirurgicales régionales, a mené à la signature d'une première entente de zone franche en CDJ, entre le CSSS de Gatineau et le CSSS de Papineau, le 8 août 2011. La zone franche est une entente de services entre deux établissements permettant à un médecin spécialiste pratiquant dans un hôpital qui a des difficultés de disponibilités de plateaux techniques, d'effectuer les interventions requises par ses patients dans un hôpital ayant de la disponibilité de temps opératoire. Cette façon de faire permet une utilisation optimale de l'ensemble des plateaux techniques disponibles en chirurgie sur un territoire. L'objectif de la zone franche est de réduire les listes d'attente en chirurgie au CSSS de Gatineau et d'optimiser l'utilisation du bloc opératoire au CSSS de Papineau. Les patients en attente de plus d'un an et les patients qui peuvent avoir leur chirurgie de façon sécuritaire sont traités au CSSS de Papineau, ce qui dégage les blocs opératoires du CSSS de Gatineau pour planifier la clientèle plus complexe qui ne peut être opérée ailleurs que dans un centre régional. Les deux CSSS ont mis en commun les avantages de part et d'autre pour en arriver à une entente satisfaisante pour le patient, les cliniciens et les établissements. L'entente de zone franche entre le CSSS de Gatineau et le CSSS de Papineau a permis de tripler la production chirurgicale au CSSS de Papineau. Le tableau ci-dessous présente l'augmentation de la production chirurgicale au CSSS de Papineau dans la dernière année. De 345 cas réalisés en 2010-11, la production chirurgicale est passée à 1140 cas en 2011-2012.
- »»» La zone franche a aussi permis de réduire la liste d'attente des cas en attente de plus d'un an en CDJ de 89 % en Outaouais (mai 2012). Le tableau ci-dessous présente la diminution du nombre de patients en attente pour une CDJ.

Production chirurgicale au CSSS de Papineau variation 2010-2012

La zone franche a aussi permis de réduire la liste d'attente des cas en attente de plus d'un an en CDJ de 89 % en Outaouais (mai 2012). Le tableau ci-dessous présente la diminution du nombre de patients en attente pour une CDJ.



Délais d'attente en chirurgie d'un jour en Outaouais variation 2010-2013

- »»» Dans le cadre de cette entente, un total de 833 CDJ supplémentaires a été réalisé au CSSS de Papineau au 1^{er} avril 2012. Le fonctionnement des services chirurgicaux au CSSS de Papineau et la coordination des journées opératoires entre les deux CSSS sont bien organisés. Cela permet d'avoir une production chirurgicale élevée d'interventions par jour. Les blocs opératoires de la région sont optimisés et l'accessibilité aux services est favorisée pour les patients qui proviennent de toute la région de l'Outaouais.

Ressources de type familial et intermédiaire

- »»» Plus de 1 300 plans d'intervention ont été révisés ou élaborés pour l'ensemble des personnes hébergées dans les ressources visées par la *Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives* (projet de loi n°49) et les ressources hors régime, exercice complété au mois d'août 2011. Par ailleurs, les intervenants et les gestionnaires liés aux ressources ont reçu deux formations à l'automne, dont une pour administrer le nouvel outil de classification à l'ensemble des personnes hébergées dans les ressources visées par le projet de loi n°49 et les ressources hors régime, et une autre portant sur la convention de transition entre les deux systèmes de rétribution. La classification de l'ensemble des personnes hébergées dans les ressources visées par le projet de loi n°49 et les hors régime s'est terminée au mois de décembre 2011. Les CSSS maintiennent à jour les données pour l'éventuelle application des nouvelles ententes collectives.

Certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique

- »»» Entré en vigueur en juillet 2010 le règlement sur la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique détermine que les ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique offrant de l'hébergement sont soumises à l'obligation d'être titulaire d'un certificat de conformité prévue à la LSSSS. En vertu du pouvoir de délégation prévu à l'article 489.1 de la Loi, le Dr Yves Bolduc, ministre de la Santé et des Services sociaux, a délégué à l'Agence le pouvoir d'autoriser par écrit une personne à faire l'inspection des lieux où il y a des raisons de croire que des opérations ou des activités visées selon la Loi. Au cours de l'année 2011-2012, une ressource a été certifiée et a reçu son certificat de conformité en janvier 2012 et une autre a été investiguée afin de vérifier si elle devait se conformer au règlement. L'inspection a révélé qu'elle n'avait pas à se soumettre au règlement mais devait plutôt clarifier sa mission dans sa publicité et tous les documents de référence de l'organisme.

CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR ÂÎNÉS

»»» La loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence pour aînés (la Loi). Celle-ci apporte entre autres modifications les suivantes, la nomination de 23 inspecteurs sur le terrain, un seuil minimal d'employés imposé, la vérification systématique des antécédents judiciaires du personnel et des bénévoles, l'utilisation d'outils reconnus par le réseau afin d'uniformiser le processus d'évaluation des besoins, les exigences de formation du personnel fixées par règlement, etc. La sortie prochaine du règlement viendra préciser l'application des nouvelles modalités de la Loi. La certification des résidences privées pour aînés a pour objectif l'amélioration de la qualité de vie et de la sécurité des personnes âgées résidant dans les ressources privées. Les critères sociosanitaires en place visent à assurer un environnement respectueux et sécuritaire de même que des soins appropriés de qualité. L'Agence poursuit son rôle de soutien dans la certification des nouvelles résidences et dans le renouvellement de certificat pour les résidences étant déjà certifiées. En 2011-2012, le taux de certification s'élève à 90 %. L'Agence assure également le suivi au niveau du maintien de la conformité.

MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES

»»» Un coordonnateur régional a été nommé afin de contrer la maltraitance envers les personnes âgées. En juin 2010, le ministère de la Famille et des Aînés (MFA) lançait son *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Un an plus tard, des coordonnateurs régionaux étaient mis en place dans chacune des agences du Québec, afin de favoriser la concertation et l'échange de connaissances entre les acteurs concernés par cette problématique au palier régional. Cette mesure s'ajoute à d'autres mises en œuvre par le MFA, dont la mise en fonction d'une ligne téléphonique provinciale d'écoute et de référence. Parmi les 4 506 appels recensés par la Ligne Aide Abus Aînés au cours de la dernière année (1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012), 3,6 % (161 appels) provenaient de la RSS de l'Outaouais. Soulignons à cet égard que la majorité des appels provenant de la région concernaient des personnes qui affirmaient vivre une situation difficile à domicile (75 %). Jusqu'à maintenant les activités réalisées sont : la formation des intervenants psychosociaux des CSSS de la RSS de l'Outaouais ; la distribution des 5 000 dépliants de la Ligne Aide Abus Aînés ; la sensibilisation des aînés et des partenaires au cours de différentes séances d'information; la consultation des partenaires sur les enjeux et les besoins pour la RSS de l'Outaouais ainsi que la réalisation du *Portrait des aînés de la RSS de l'Outaouais au regard de la maltraitance*.

PROGRAMME D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES D'EXPRESSION ANGLAISE

»»» L'encadrement légal du droit des personnes d'expression anglaise à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, est énoncé à l'article 15 de la LSSSS. Cette obligation doit s'exercer en tenant compte de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit le programme d'accès aux services en langue anglaise. En vertu de l'article 348 de la Loi, l'Agence est tenue d'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 installations exploitées par les CSSS qu'elle indique. Ce programme doit être approuvé par le gouvernement et être révisé tous les trois ans. Le *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour la population de langue anglaise de l'Outaouais 2011-2014* est ainsi une révision importante du programme élaboré en 2007. Cette révision a mené à : l'adoption du programme d'accès par les conseils d'administration de l'Agence et des établissements et dépôt au Conseil des ministres pour approbation, l'élaboration d'un plan d'action régional en concertation avec les partenaires du comité régional afin de faciliter la mise en œuvre du programme d'accès ; au soutien aux établissements dans la réalisation de leur plan d'action local ; la poursuite et suivi des projets d'adaptation des services pour les personnes d'expression anglaise ; la poursuite et suivi du programme de formation en langue anglaise pour le personnel du réseau de la santé et des services sociaux en collaboration avec les maisons d'enseignements, les établissements du réseau et l'Université McGill et à la mise en place de projets pour recruter des étudiants bilingues dans les stages offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux.

VOLET QUALITÉ

»»» Quatre établissements ont été visités en 2011-2012 et tous ont obtenu leur statut d'agrément. Un tableau de bord du suivi des statuts d'agrément est mis à jour trimestriellement. Certains établissements ont nécessité un suivi de la part de l'Agence, soit les CSSS de Papineau, de la Vallée-de-la-Gatineau et de Gatineau. Les modifications de la LSSSS portent à quatre ans le cycle d'agrément des établissements. La procédure interne de suivi sera revue en fonction des nouvelles dispositions à la circulaire ministérielle ainsi qu'au cadre de référence à venir.

PRESTATION SÉCURITAIRE DE SOINS ET DE SERVICES (GESTION DES RISQUES)

- »»» Le comité régional de liaison de gestion des risques continue ses travaux afin de coordonner le déploiement des différents outils en gestion des risques dont notamment le formulaire AH-223 et le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS). Depuis 2011, les établissements sont en mesure d'alimenter le registre national du SISSS. Depuis le projet de loi 113, une formation régionale est organisée annuellement afin d'outiller les nouveaux membres des comités de gestion des risques des établissements par rapport à leur rôle et à leurs responsabilités. La formation pour l'année 2012 sera déployée à l'automne. Le Cadre de référence du registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (RNIASSSS) et les lignes directrices du SISSS ont été diffusés le 10 novembre 2011. L'Agence a pour rôle d'accompagner et de supporter les établissements dans l'application du Cadre de référence du registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux et des lignes directrices du SISSS dans un but d'amélioration continue de la qualité. Le RNIASSSS a été publié le 6 décembre 2011. Les objectifs poursuivis par le registre sont d'assurer la surveillance des incidents et accidents, d'identifier les causes des incidents et accidents, de prévenir ou de limiter la récurrence des événements par la prise de mesures appropriées et d'identifier des mesures de contrôle.

COMITÉ DES USAGERS

- »»» En place dans les CSSS, l'Agence collabore activement depuis des années avec le Regroupement des comités des usagers de l'Outaouais (RCUO). L'Agence soutient l'organisation de sessions d'information données deux fois par année par le RCUO aux membres des comités des usagers et contribue annuellement à la réalisation d'un calendrier sur les droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux. Ce calendrier est tiré à plus de 15 000 exemplaires et distribué par les comités des usagers. Début 2012, des travaux ont eu lieu en lien avec l'intégration des deux comités des usagers dans le cadre de l'intégration du CH Pierre-Janet au CSSS de Gatineau.

IMPLANTATION DE L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

- »»» À la suite de la diffusion en janvier 2010 du Cadre de référence ministériel sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. De nombreuses actions ont été déployées dans les six hôpitaux de la RSS de l'Outaouais afin d'améliorer l'accueil et le séjour de la personne âgée en milieu hospitalier. Ainsi, afin de favoriser le changement de pratique en lien avec cette approche, chaque hôpital a procédé à son diagnostic organisationnel. Celui-ci a permis de constater le point de départ de chacun et de planifier l'adaptation des

soins en fonction des principes directeurs de cette approche, soit la culture adaptée à la personne âgée, l'importance de l'équipe soignante, la collaboration interprofessionnelle et la continuité des soins. Puisque l'implantation de l'approche adaptée nécessite du temps, de l'énergie, de la persévérance et des suivis, chaque CSSS a élaboré un plan d'action 2011-2012 pour atteindre les objectifs visés. Le Comité régional sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier s'est rencontré régulièrement afin de favoriser une vision régionale et le partage d'outils communs. Enfin, les employés des hôpitaux ont eu accès à de la formation pour mieux comprendre l'approche adaptée à la personne âgée.

PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉS



C'est un outil visant à assurer une continuité, par la planification cohérente et la coordination de l'ensemble des services et des interventions donnés à une personne pour répondre à ses besoins et à ses attentes.¹ En fonction des priorités annuelles de l'Agence, un comité régional a été mis sur pied afin d'identifier les pratiques actuelles en regard du PSI dans les différents programmes-services des établissements et d'élaborer un cadre de référence régional d'harmonisation de la pratique du PSI pour l'ensemble des programmes-services. Ce cadre de référence permettra d'arrimer les différents services afin de répondre aux besoins d'un usager dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services et d'optimisation des ressources du réseau de la santé et des services sociaux. La rédaction et l'adoption de ce cadre de référence seront réalisées en 2012-2013.



¹ GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PLANIFICATION DES SERVICES. *Cadre de référence sur la planification des services*. Rapport présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), avril 2005.

RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Le Régime d'examen des plaintes institué par la LSSSS permet aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services présents dans chacun des établissements, d'examiner les plaintes portant sur les services que les usagers ont reçus, ou auraient dû recevoir de la part de l'établissement. Les plaintes visant la qualité des services dispensés par un médecin, sont traitées par les médecins examinateurs.

Bilan des plaintes reçues et traitées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services Comparatif sur trois ans			
Établissement	2011-2012	2010-2011	2009-2010
CSSS de Gatineau	402	426	342
CSSS de Papineau	35	19	28
CSSS des Collines	43	35	32
CSSS du Pontiac	22	23	20
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	20	26	32
CH Pierre-Janet	13	2	5
CHSLD Champlain Gatineau	13	2	5
CHSLD Vigi de L'Outaouais	0	0	0
CRR La RessourSe	6	6	9
Centre Jellinek	56	1	0
Pavillon du parc	13	7	13
Centres jeunesse de l'Outaouais	99	94	57
Total	678	659	540

On note une légère augmentation de 3% des plaintes traitées par les commissaires locaux comparativement à l'année 2010-2011. Les motifs d'insatisfaction se regroupent sous six catégories soit : l'accessibilité, l'aspect financier, les droits particuliers, l'organisation du milieu et les ressources matérielles, les relations interpersonnelles et les soins et services dispensés. Pour l'année 2011-2012, le motif le plus souvent évoqué concerne les soins et services dispensée à 33 %, suivi de près par l'accessibilité à 28 %.

Plaintes traitées et reçues par les médecins examinateurs			
	2011-2012	2010-2011	2009-2010
CSSS de Gatineau	33	45	82
CSSS de Papineau	10	5	12
CSSS des Collines	10	7	9
CSSS du Pontiac	5	8	3
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	6	9	10
CH Pierre-Janet	3	3	8
Total	67	77	124

L'année 2011-2012 enregistre une nouvelle baisse (14 %) au niveau des plaintes reçues et traitées par les médecins examinateurs. Le motif de plainte le plus souvent évoqué concerne les soins et services dispensés.

SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

- »»» Pour l'année 2011-2012, une seule formation «*Promouvoir l'excellence en réanimation*» d'une durée de huit heures a été donnée aux techniciennes et techniciens ambulanciers paramédics (TAP). Les 203 TAP qui ont suivi la formation ont été regroupés en 23 groupes. Les résultats de la formation ont été évalués par un examen théorique ainsi qu'une mise en situation pratique. Le taux de participation/réussite a été de 99 %, et deux situations d'échec ont été notées, pour le volet pratique seulement. De plus, au cours de l'année, la Coopérative des paramédics de l'Outaouais a procédé à l'embauche de plus de 25 nouveaux TAP. L'équipe de formation des services préhospitaliers d'urgence (SPU) de l'Agence a planifié quatre formations d'intégration à l'intention de ces nouveaux TAP. Deux formations ont été d'une durée de cinq jours avec évaluations pratique et théorique, tandis que les deux autres s'étendaient sur deux jours avec évaluations pratique et théorique. Le taux de réussite de ces quatre formations a été de 100 %. Selon la nouvelle procédure d'embauche établie par le MSSS/SPU, les nouveaux TAP devront assister à une journée d'intégration, en plus de suivre les formations provinciale et régionale qu'ils n'ont pas à leur actif.
- »»» L'équipe des SPU a continué d'offrir des sessions de maintien des compétences dans la plupart des territoires de la RSS de l'Outaouais. Lors des sessions, divers sujets sont abordés, notamment les protocoles PAMTAP, TRAUMA, ECG 12 dérivations et appel 10-03 (refus). S'ensuit une période de questions sur différents protocoles, ainsi qu'une révision des derniers changements provinciaux et régionaux. Sur le territoire de la Haute-Gatineau, un formateur des SPU a offert aux TAP trois sessions de maintien des compétences. Le taux de participation à celles-ci, sur une base volontaire, s'est élevé à plus de 89 %. Pour ce qui est de la Petite-Nation, un formateur des SPU, a aussi offert trois sessions de maintien des compétences aux TAP. Le taux de participation, toujours sur une base volontaire, fut de plus de 90 %. Sur le territoire du Pontiac, une seule session de maintien des compétences a été dispensée, et le taux de participation volontaire a été de 68 %. En ce qui concerne le territoire urbain, aucune session de maintien des compétences n'a été planifiée puisque le taux de participation volontaire aux sessions pratiques dans cette partie de la région est extrêmement bas depuis plusieurs années, soit moins de 5 %.
- »»» Outre les activités régulières d'assurance qualité, l'Agence a veillé à l'amélioration de la qualité des interventions en situation 10-03 (refus de transport), en plus de rencontrer certains TAP en regard avec des écarts C lors d'interventions. Sur le plan des refus de transport, le MSSS a interpellé l'Agence concernant le taux élevé d'appels avec refus de transport, qui était de 14,5 % avec un taux de conformité de 48 %. Conséquemment, l'Agence a introduit un plan de redressement

comportant quatre phases d'évaluation dont, la validation du taux de refus et du niveau de conformité et envoi d'une lettre au directeur médical régional et à tous les TAP, faisant état de leur pourcentage de refus individuel, l'évaluation de la totalité des refus, la rencontre individuelle avec chacun des TAP accusant un taux de refus supérieur à 14,5 % avec un niveau de conformité inférieur à 60 % et la validation de la compréhension des TAP par la révision de tous les refus de transport pour une période donnée, et communication verbale avec ceux et celles dont le taux de conformité n'a pas augmenté. L'ensemble de ces démarches ont fait en sorte que le taux de refus de transport pour la dernière partie de l'année 2011-2012 a chuté à 9 % avec un taux de conformité de 70 %. La deuxième édition de la tablette PC et des formulaires informatisés a été revue après deux années d'utilisation afin de corriger divers irritants. L'équipe d'assurance qualité des SPU de l'Agence a rencontré 68 TAP au sujet d'interventions avec écart C, principalement des cas de refus de transport. Des appels téléphoniques ont été placés auprès de 14 TAP afin de clarifier certaines interventions. Deux TAP ont reçu une formation d'appoint.

PREMIERS RÉPONDANTS

- Intervenants spécialement formés pour faire face aux urgences vitales, leur travail est de stabiliser l'état de la victime en attendant l'arrivée des ambulanciers. Tel que prévu dans la chaîne d'intervention préhospitalière, l'Agence continue de faire la promotion des équipes de premiers répondants dans la RSS de l'Outaouais. L'Agence participe à l'implantation, à la formation et assure le contrôle de la qualité des interventions des premiers répondants. Durant l'année 2011-2012, deux nouvelles équipes de premiers répondants ont été formées, portant à douze le nombre de municipalités de la RSS de l'Outaouais disposant d'une équipe de premiers répondants. Chacune de ces équipes profite d'un programme de maintien des compétences à raison de 16 heures par année. La formation initiale pour la mise en place d'une équipe est de 60 heures. L'implantation d'équipes de premiers répondants se poursuivra en 2012-2013 dans deux municipalités actuellement non desservies.

ORGANISATION RÉGIONALE DE LA SÉCURITÉ CIVILE

- L'Agence a pour responsabilité de s'assurer que les établissements du réseau soient dotés d'outils adéquats qui les aideront à faire face à un sinistre éventuel. De nombreuses rencontres, formations et conférences téléphoniques ont eu lieu tout au long de l'année avec nos différents partenaires afin de mieux préparer nos interventions en mesures d'urgence, par exemple : la participation à un exercice de simulation de rupture de barrage sur la rivière la Lièvre; la participation à une simulation d'une tempête hivernale, organisée par la ville de Gatineau; l'élaboration d'une politique régionale sur la chaleur

accablante; l'organisation d'une formation et d'une simulation d'une arrivée massive de blessés dans un hôpital de la région. Ces activités nous permettent de valider l'efficacité des plans élaborés en sécurité civile et d'y apporter des correctifs aux besoins. L'Agence a également participé à un projet de recherche mené par l'école interdisciplinaire des sciences de la santé de la faculté des sciences de la santé de l'université d'Ottawa. Ce projet a pour but d'augmenter la résilience des populations à haut risque pour maximiser la capacité de prévention, d'intervention et de rétablissement en cas de situation d'urgence. Ce projet, est mené en partenariat avec la ville de Gatineau et le CSSS de Gatineau. Il est prévu que tous les mécanismes de résilience soient en place d'ici mars 2014. La prochaine année sera consacrée à l'adaptation du plan régional de sécurité civile afin de le conformer à la nouvelle mission santé adoptée par le ministère de MSSS.

RÉALITÉ FRONTALIÈRE DE L'OUTAOUAIS

L'Agence a précisé en 2010-2011 ses orientations régionales face à l'enjeu de la situation frontalière, dans le cadre de sa planification stratégique 2010-2015. Cette dernière met de l'avant les stratégies d'ensemble suivantes : le maintien et la consolidation de l'autosuffisance régionale en matière de services de santé de base, (spécialisés et certains services surspécialisés) et le maintien de liens systématisés entre la région de l'Outaouais et la région de Champlain afin de s'assurer d'un accès aux services qui ne peuvent être développés dans la région.

RÉALISATIONS

- »»» La mise sur pied d'une équipe de projet sur la situation frontalière, visant à structurer les activités internes sur cet enjeu, et s'assurer du respect de sa vision d'ensemble et d'une cohérence d'action dans cet enjeu.
- »»» Un appui plus systématisé du MSSS dans ce dossier, par la désignation d'un interlocuteur qui assure les liens avec le ministère de la Santé de l'Ontario, l'encadrement légal et réglementaire dans les travaux à venir, ainsi que la coordination de l'action ministérielle dans ce dossier. Compte tenu du caractère interprovincial des relations entre l'Outaouais et la région de Champlain, les ententes issues des travaux entre les deux régions doivent s'inscrire dans les accords interprovinciaux déjà établis ou tout accord particulier conclu entre les Ministères québécois et ontarien.
- »»» La révision des balises pour définir les services disponibles en Outaouais et les services non-disponibles. L'Agence s'est penchée en 2011-12 sur la révision des outils menant à l'identification des services jugés non-disponibles dans la région (sur base temporaire ou permanente), en lien avec le Programme régional de remboursement des services médicaux en Ontario (RSMO).

- »»» La poursuite de discussions avec le RLISS Champlain entamées depuis 2008-2009 sur des orientations partagées. Il avait été convenu de travailler en 2011-2012 à l'élaboration de certains paramètres de base partagés par les deux régions, pour mieux structurer les travaux interprovinciaux d'organisation de services. Toutefois, certains facteurs, dont les changements à la direction de cette organisation en 2011-2012, ont ralenti ces travaux.
- »»» La mise en place de mécanismes continus de discussions entre les partenaires des milieux de santé des régions de l'Outaouais et de Champlain. L'Agence, conjointement avec ses partenaires québécois, cherche à définir avec ses partenaires ontariens des stratégies assurant à la population de l'Outaouais l'accès aux services de santé et services sociaux qu'elle requiert, via des ententes convenues. Pour ce, l'Agence compte établir des chantiers, en vue de convenir d'ententes qui préciseront l'offre des services et les modalités de desserte dans les divers domaines. En 2011-2012, les domaines visés couvrent les secteurs des services médico-hospitaliers spécialisés, les services pré-hospitaliers et les données sociosanitaires concernant les résidents de l'Outaouais recueillies en Ontario.

CONSOMMATION

De façon globale, l'on peut affirmer qu'on assiste à une augmentation de l'utilisation des services hospitaliers par les résidents de l'Outaouais dans l'est ontarien. Cette consommation n'est toutefois pas uniforme dans les divers secteurs. En matière d'hospitalisations, la situation globale est demeurée relativement stable au cours des dernières années en Outaouais. On note toutefois une croissance de 6 % en Ontario entre 2010-2011 et 2011-2012.

Les montants payés par la RAMQ et le RSMO de l'Agence pour les services de santé utilisés par les résidents de l'Outaouais dans l'est ontarien a atteint en 2010-2011 le seuil de 100 M \$, plus spécifiquement 104,7 M\$ (tableau ci-joint).

Tableau. Évolution des volumes et des coûts reliés à la consommation de services de santé dans le territoire du RLISS Champlain par les résidents de l'Outaouais, selon le tarif payé au médecin (tarif RAMQ ou tarif OHIP) ou selon le type de service hospitalier (hospitalisations, services ambulatoires), 2006-07 à 2010-11

Type de service	2006-07		2010-11		Δ 10-11 vs 06-07	
	Vol.	M\$	Vol.	M\$	%Vol.	%\$
MD omni, RAMQ(ETP)	15,4	2,5	7,5	1,5	(51,2)	(40,0)
MD omni, OHIP(ETP)	1,0	0,16	1,2	0,24	20,0	50,0
MD spécial. RAMQ (ETP)	11,4	2,7	9,5	3,0	(16,7)	11,1
MD spécial. OHIP (ETP)	23,2	5,6	27,9	8,8	20,5	57,1
Hospitalisations (jrs)	26 142	33,6	26 542	46,3	1,5	37,8
Serv. ambulatoires (visites)	140 515	26,5	156 630	44,8	11,4	69,0
Total	-	71,1M	-	104,7M	-	47,3

1. Le volume de services ambulatoires inclut l'ensemble des visites facturées par les hôpitaux ontariens, incluant les services de diagnostics, les prélèvements et analyses de laboratoire, les consultations en clinique externe, les visites à l'urgence.

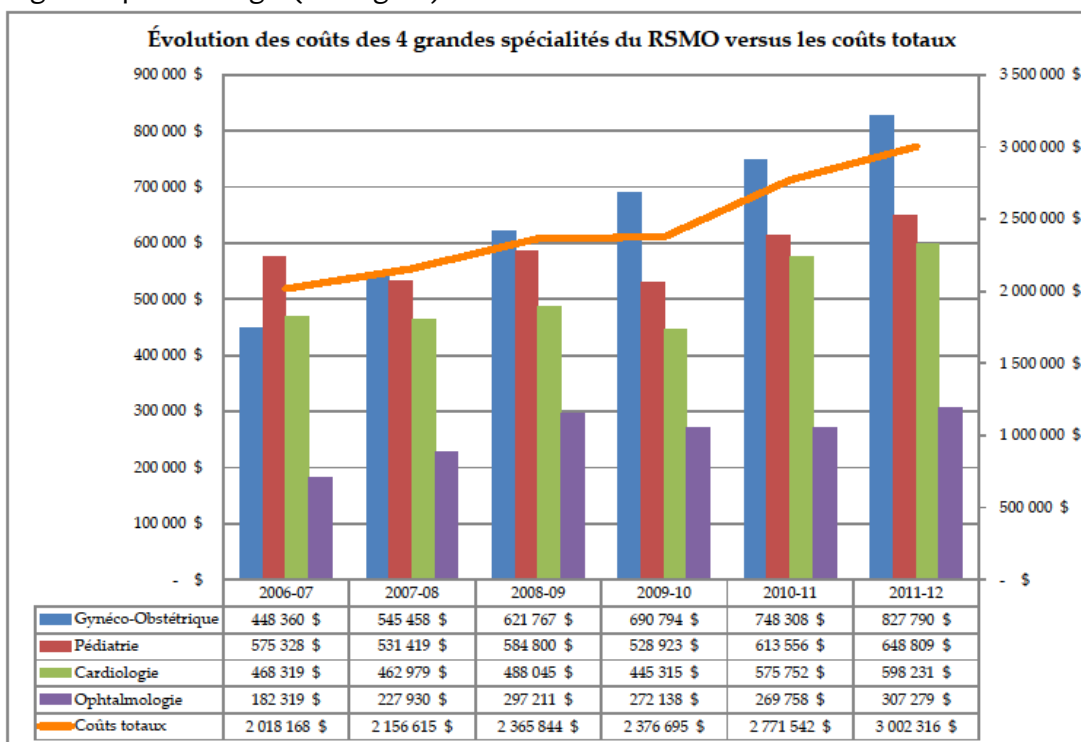
Sources : RAMQ; RSMO, Agence de l'Outaouais

Production : S. Tessier, Direction de la gestion des ressources, Agence de l'Outaouais

Toutefois les données présentées au tableau indiquent que, malgré une croissance du volume de services consommés, c'est l'évolution de la tarification en vigueur en Ontario (services médicaux et hospitaliers) qui explique davantage l'augmentation des montants déboursés; en effet, les variations moyennes annuelles des coûts sont plus importantes que les variations de volumes.

Il faut rappeler que les montants facturés par service sont établis par la province de l'Ontario ou définis selon les paramètres de la réglementation interprovinciale. À titre d'illustration, l'évolution des coûts pour les hospitalisations (augmentation de 37,8 % sur cinq ans) est à la hausse alors que le nombre de jours facturés est resté stable durant cette même période. Une partie de l'explication provient de l'application en 2009-2010 d'un *per diem* spécifique aux soins intensifs, lequel est plus élevé que le *per diem* pour un jour d'hospitalisation régulier.

Les remboursements pour les services médicaux en Ontario n'ont cessé d'augmenter au cours des cinq dernières années, une croissance importante des montants accordés pour atteindre 3M \$ en 2011-2012. De plus, le nombre d'actes médicaux remboursés a crû de 62 % entre 2006-2007 et 2010-2011. Une croissance est observée dans l'ensemble des secteurs, mais les quatre secteurs suivants représentent toujours 80 % des cas et des remboursements : gynéco-obstétrique, pédiatrie, cardiologie et ophtalmologie (voir figure).



Au cours des prochains mois, des stratégies seront identifiées pour améliorer la rétention à court et moyen termes des clientèles outaouaises dans la région, et ce dans les secteurs de l'ophtalmologie, l'obstétrique et la pédiatrie. L'Agence prend pour acquis que les discussions s'amorceront de façon plus intensive avec les partenaires ontariens, notamment l'Hôpital d'Ottawa, dans les secteurs visés par le chantier des services spécialisés. Les corridors de services établis (avec l'Ontario comme avec le Québec) doivent être connus des médecins de la région. En parallèle aux échanges plus directs sur des services spécifiques avec les établissements d'Ottawa, l'Agence poursuit ses travaux avec le RLISS Champlain en vue de préciser une vision partagée des relations Outaouais-Champlain. Enfin, l'Agence compte finaliser les balises en vue d'une mise à jour continue de la liste des services non-disponible.

AUTRES RÉALISATIONS

LANCEMENT DE L'OPÉRATION OPTIMISATION

L'année 2011-2012 a constitué la phase de lancement de l'opération Optimisation dans l'utilisation des ressources, même si l'Agence et le réseau régional travaillent à la mise en œuvre de cette orientation ministérielle depuis plusieurs années. Dans son plan d'action 2011-2012, l'Agence a identifié les cibles suivantes: doter en 2011-2012 d'une vision stratégique régionale partagée en matière d'optimisation qui inclura des leviers régionaux et interrégionaux pour faciliter la mise en œuvre des projets, prévoir une démarche pour faire émerger de nouveaux projets d'optimisation pour 2012-2013 et 2013-2014, assurer le respect des engagements de l'entente de gestion et d'imputabilité en matière d'optimisation, la mise en œuvre des projets identifiés, ainsi que l'instauration de mécanismes de concertation et de suivis.

S'en est suivi l'adoption d'un cadre de gestion et de coordination. Conjointement avec la Table des directeurs généraux (DG) des établissements de la région, l'Agence s'est dotée en mai 2011 d'un cadre de gestion et de coordination qui fixe les cibles, les livrables de l'opération, les modalités de fonctionnement ainsi que les rôles et responsabilités des principaux intervenants dans cette démarche. L'Agence s'assure de la mise en œuvre de ces orientations avec le réseau dans une perspective de cohérence d'action avec les orientations ministérielles et selon une approche de partage et d'échanges. L'Agence doit être en mesure de fournir un appui continu aux établissements dans leurs démarches d'optimisation. Il faut donner de la visibilité aux bons coups et se doter d'outils de communication qui permettront le rayonnement des réalisations concluantes. En vue de l'actualisation du cadre de gestion et de coordination, l'Agence et la Table des DG ont convenu de mettre en place un comité de pilotage de la démarche. L'Agence travaille de pair avec les structures en place, dont la Table des DG et les forums qui en découlent.

En lien avec les projets nationaux (Entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012), en mars 2011, le MSSS amorçait avec les régions une démarche visant à prioriser et documenter des projets d'envergure à portée nationale, avec des cibles régionalisées. Ces projets prennent en compte des orientations nationales, tel que prévues au Plan stratégique ministériel 2010-2015. Plus de 20 domaines sont identifiés aux fins de cibles d'optimisation et 28 projets nationaux sont inscrits à l'entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 pour lesquels des actions régionales sont prévues. Six projets nationaux pilotant des transformations dans le domaine des ressources informationnelles, en lien avec le projet sur la gouvernance régionale touchent particulièrement la région :

- »»» L'atteinte des cibles fixées au plan stratégique régional 2010-2015 en matière de ressources humaines (réduction de l'utilisation de la main d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire, accroissement de la présence au travail);
- »»» La rationalisation et mise en commun des processus administratifs, en lien avec les dispositions du projet de loi 100, et en fonction avec les travaux du comité régional;
- »»» Le respect des engagements en matière d'accroissement des heures cliniques en services en domicile, en lien avec les démarches déjà en cours;
- »»» La restructuration de la gouvernance des services d'info-Santé au sein des régions, en vue de l'atteinte de cibles de coût moyen;

- »»» L'amélioration de l'accès aux services médicaux et chirurgicaux spécialisés par l'entremise de l'application de zones franches et de la gestion centralisée des rendez-vous, en lien avec divers projets amorcés pour établir dans un premier temps une zone franche pour la CDJ;
- »»» L'optimisation dans le secteur des laboratoires de biologie médicale, en lien avec les travaux régionaux en cours.

L'année 2011-2012 a surtout servi à planifier les travaux qui seront complétés d'ici 2015-2016. Toutefois, le réseau régional a pu bénéficier d'enveloppes d'appui aux projets d'optimisation de l'ordre de 200K\$ pour deux secteurs visés : l'optimisation des services à domicile et le regroupement des centres de traitement : volet système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH).

Dans une perspective de partage de bons coups et de possibilités de projets communs, l'Agence a effectué en mai 2011 une recension de projets auprès des établissements. Trente-cinq d'entre eux ont été identifiés. Un deuxième exercice a été lancé à l'hiver 2012, suite à un resserrement des balises d'inclusion des projets dans cette banque régionale.

INTÉGRATION DE L'APPROCHE LEAN DANS LE RÉSEAU RÉGIONAL

L'approche *Lean Health Care* (révision des processus) est reconnue comme un levier essentiel à l'intégration de la vision d'optimisation au sein des organisations des services de santé. À cet égard, certains établissements de la région ont déjà amorcé des démarches visant à intégrer cette philosophie dans leur façon de faire. Le CSSS de Gatineau a entamé ou réalisé plusieurs projets *Lean* et forment régulièrement leur personnel d'encadrement dans les domaines concernés. Cinq établissements ont organisé au printemps 2011 une formation conjointe de certains membres de leurs équipes, en vue d'assumer les fonctions d'animateurs de projets. L'Agence et le comité de pilotage ont procédé à l'organisation de sessions de sensibilisation sur l'approche *Lean* au cours de l'hiver 2012. Plus de 50 personnes ont participé à l'une des trois sessions prévues. L'objectif demeure que chaque établissement de la région ait entamé un projet *Lean* au sein de son organisation au cours de 2012.

L'année 2012-2013 sera cruciale pour la mise en œuvre de l'opération *Optimisation*. L'Agence et les établissements seront appelés à opérationnaliser les nombreux plans de travail en vue de la réalisation des projets nationaux. De plus l'Agence et la table des DG travailleront à : mieux intégrer l'approche *Lean* au sein des établissements et assurer la réalisation de projets *Lean*; accélérer la mise en œuvre des projets nationaux; stimuler l'émergence d'initiatives locales et partagées d'optimisation et ce dans tous les secteurs, et préciser les outils d'appui; se doter d'outils de partage de connaissances quant aux bons coups réalisés en région et la diffusion de pratiques exemplaires; systématiser le suivi des projets et la mise en place d'outils de mesure de résultats.

CONSOLIDATION RÉGIONALE DU SYSTÈME D'INFORMATION INTÉGRÉ SUR LES ACTIVITÉS TRANSFUSIONNELLES ET D'HÉMOVIGILANCE

Un projet porteur pour le regroupement des centres de traitement en Outaouais. En fournissant des informations sur le statut des banques de sang, le SIIATH supporte des activités critiques au traitement des patients et à la mission des CSSS. L'Agence, de concert avec les CSSS, ont décidé de moderniser le SIIATH en l'arrimant aux efforts visant le regroupement régional des centres de traitement informatique. Cette initiative s'inscrit dans la foulée des mesures d'optimisation en ressources informationnelles préconisées par le MSSS. Cette stratégie a permis d'optimiser les investissements en informatique en réduisant le nombre de serveurs de huit à deux, engendrant ainsi des économies de plus de 50 000 \$ sur 5 ans, en plus d'assurer une plus grande disponibilité du système en cas de panne et de faciliter l'évolution future du système à moindre coût. Ce projet illustre bien comment les acteurs du réseau peuvent se mobiliser en vue de moderniser le réseau et d'assurer une gestion plus efficiente des ressources. Dans le contexte du regroupement des centres de traitement, le succès associé au rehaussement du SIIATH nous offre une fondation solide pour optimiser et faire évoluer les actifs informationnels du réseau.

MAINTIEN DES ACTIFS IMMOBILIERS

À chaque année, le MSSS verse aux régions une enveloppe dédiée au financement de projets de maintien d'actifs immobiliers. Cette enveloppe doit servir à assurer le bon état de fonctionnement du parc immobilier et d'en maintenir la valeur. En 2011-2012, une subvention régionale de 8 570 093 \$ a été distribuée aux établissements de la région afin de réaliser leurs priorités d'investissement en maintien d'actifs immobiliers. Les priorités d'investissement sont inscrites au plan triennal de conservation et de fonctionnalité immobilière visant ainsi une meilleure planification des projets. Ce plan triennal est intégré au système informatisé Actifs+ Réseau.

Le MSSS a mis à la disposition des régions une enveloppe destinée à la réalisation de projets de rénovation fonctionnelle mineure dans les établissements ayant une mission autre que CHSLD. Une subvention de 2 712 581 \$ a été rendue disponible à la RSS de l'Outaouais pour réaliser ce type de projet. Conformément au cadre de gestion mis en place par le MSSS pour les projets de rénovation fonctionnelle mineure, une partie de cette somme a été distribuée aux établissements pour réaliser leurs priorités d'investissement. Une enveloppe de 1 134 000 \$ a été octroyée à la région pour 2011-2012 afin de réaliser des projets de rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD. Ces projets ont pour but d'améliorer le milieu de vie dans ces institutions. Concernant l'équipement médical, non médical et mobilier, les enveloppes sont distribuées aux établissements pour le remplacement et le rehaussement des équipements afin d'assurer un meilleur service à la population. En 2011-2012, les budgets alloués à la RSS de l'Outaouais étaient de 10 554 185 \$, soit 8 269 656 \$ pour l'équipement médical et 2 284 528 \$ pour l'équipement non médical et mobilier.

En ce qui a trait au maintien à domicile, débutée en 2003-2004 pour la mise en œuvre de la politique de SAD « Chez soi, le premier choix », qui visait à accroître les services offerts à domicile aux personnes qui en ont besoin et ainsi diminuer la liste d'attente pour ces services. Une somme de 308 463 \$ a été octroyée à notre RSS pour le maintien à domicile avec la répartition suivante : Aides techniques à la vie quotidienne et à la vie domestique (191 594 \$), appareils pour le maintien à domicile (63 865 \$), équipement dédié à l'oxygénothérapie (53 004 \$).

Concernant les projets majeurs d'immobilisation, les travaux pour la construction d'une nouvelle urgence à l'Hôpital de Gatineau sont terminés et l'ouverture a eu lieu en mai 2012. Le coût de ce projet est de 28 M\$. Au CSSS du Pontiac, le projet d'une construction neuve d'un nouveau Centre

d'hébergement à Shawville pour remplacer le Centre d'accueil LE CAP est en cours. La livraison du bâtiment est prévue pour janvier 2013. Le budget du projet est de 18 M \$. Ce bâtiment comptera des mesures d'efficacité énergétique qui le rendront moins énergivore et plus confortable. Finalement, le CSSS de Papineau continue son travail pour l'élaboration d'un plan fonctionnel et technique pour la relocalisation des lits de longue durée en provenance de l'Hôpital de Buckingham dans une nouvelle construction de 55 lits de soins de longue durée annexée au CHSLD Vallée-de-la-Lièvre dans le secteur de Buckingham à Gatineau.

D'autres projets ont aussi pris place. En 2006-2007, le projet Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments (SARDM) dans les établissements de santé au Québec est entré dans une phase active. Le but de ce projet est basé essentiellement sur la problématique de pénurie de main-d'œuvre actuelle, tant en pharmacie qu'en soins infirmiers et vise à sécuriser le circuit du médicament. L'utilisation de la technologie pour accroître l'efficacité et la sécurité de l'ensemble du processus de distribution des médicaments en réduisant les erreurs et les pertes de médicaments est au cœur de ce plan d'action. De plus, une révision du circuit du médicament et de l'organisation du travail est prévue de concert avec l'implantation de ressources technologiques et informatiques. La phase II de SARDM a débuté en septembre 2010 et se poursuit jusqu'en mars 2013. La RSS de l'Outaouais s'est vu attribuer un budget de 315 369 \$. Avec la réalisation de cette phase le CSSS de Papineau a fait l'acquisition d'une ensacheuse et de son interface ainsi que de 19 chariots de courte et longue durée. Le CSSS du Pontiac a de son côté fait l'acquisition d'une ensacheuse et de son interface ainsi que de 13 chariots de courte et longue durée. La mise en fonction des cabinets automatisés décentralisés de l'urgence de Hull devrait coïncider avec l'ouverture de celle-ci prévue pour mai 2012. Le projet d'implantation des cabinets automatisés décentralisés de l'urgence de l'Hôpital de Gatineau est présentement à la phase de la planification des équipements et il est projeté que les cabinets décentralisés automatisés devraient être en fonction en octobre 2012.

Les CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau et du Pontiac se sont vu octroyer des budgets spéciaux de maintien d'actifs pour la mise à niveau de leur pharmacie. Les travaux sont en cours et devraient se terminer au cours de 2012. Le CSSS de Gatineau est présentement à la phase de la planification pour sa pharmacie pour l'Hôpital de Hull. Un projet majeur d'efficacité énergétique a été réalisé au CSSS de Gatineau pour un coût de plus de 4.5 M \$. Il permet d'économiser des centaines de milliers de dollars en frais d'énergie annuellement en plus de contribuer à diminuer l'émission de gaz à effet de serre. Il consiste en une panoplie de mesures dont l'implantation de la géothermie, les murs solaires et l'éclairage efficace. Un autre projet majeur de plus de 2 M\$ est en cours au CSSS de Gatineau, plus précisément dans les installations du CH Pierre-Janet. Ce projet compte aussi, entre autres, l'implantation de la géothermie au bâtiment principal. Les CJO ont pour leur part reçu l'aval du MSSS pour débiter les travaux de construction pour un projet d'efficacité énergétique de près de 200 000 \$.

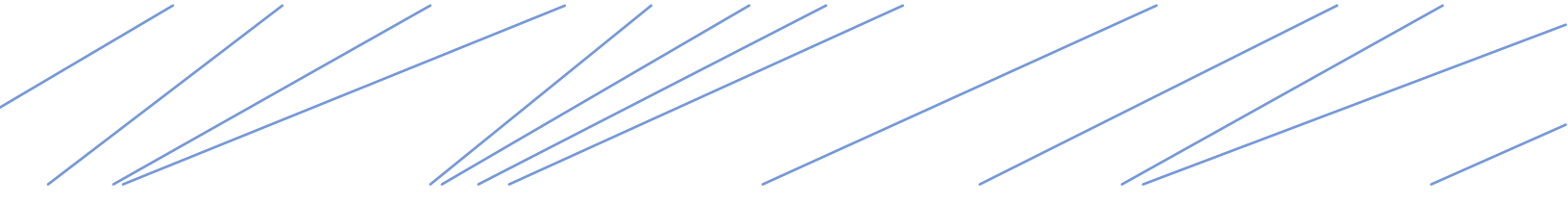
GALA DES PRIX D'EXCELLENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS – ÉDITION 2011-2012.

Le 6 mai 2012, l'Agence tenait sa cinquième édition du Gala des prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Avec pour thème «Le réseau c'est nous», l'évènement a permis de souligner les réalisations des établissements, des organismes communautaires et des individus qui améliorent de façon significative les services et les soins offerts à la population de la RSS de l'Outaouais. L'ensemble des projets reçus dans le cadre du lancement des candidatures portaient sur les domaines suivants : la personnalisation des soins et des services, l'accessibilité aux soins et aux services, l'intégration des services, la sécurité des soins et des services, la prévention promotion et protection de la santé et du bien-être, la valorisation et mobilisation des ressources humaines, la reconnaissance de carrière, le rayonnement national et les prix Merci aux bénévoles. Un total de 17 prix d'excellence incluant cinq mentions d'honneur ont été remis aux établissements, organismes communautaire et individus qui se sont distingués au cours de l'année.

Pour le président du CA et le PDG de l'Agence, c'est une joie renouvelée que d'applaudir les équipes de professionnels qui mettent en place des projets ambitieux dans les établissements et les organismes communautaires, de même que de rendre hommage aux nombreux bénévoles, reflet de la passion et de l'engagement de femmes et d'hommes qui, au quotidien, contribuent avec créativité et détermination à l'amélioration des soins et des services de santé offerts à la population de la RSS de l'Outaouais.



Récipiendaires du PRIX MERCI et Pierre Roberge, président du CA, Gala des prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais – Édition 2011-2012

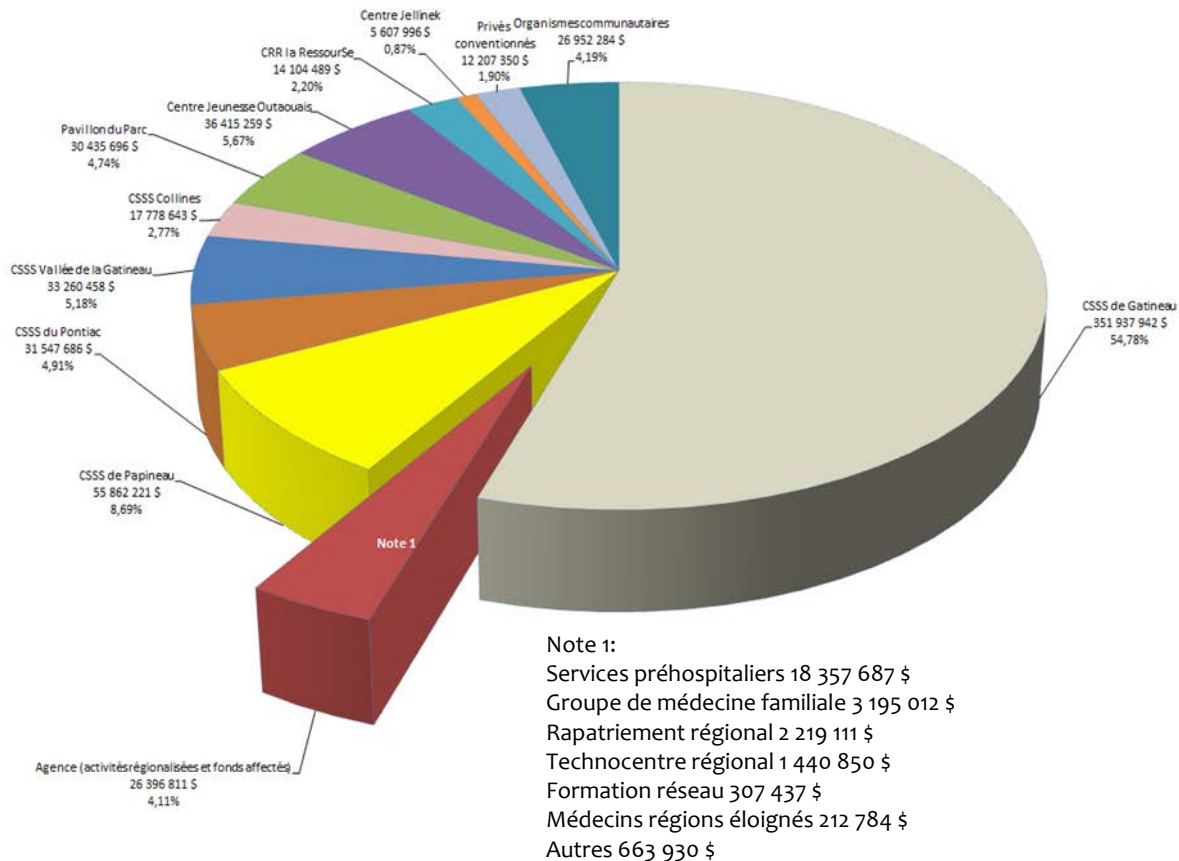




DONNÉES FINANCIÈRES DE LA RSS DE L'OUTAOUAIS 2011-2012

SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION

Le graphique suivant représente la répartition par établissement de l'utilisation de l'enveloppe régionale pour l'exercice 2011-2012. Ce graphique précise notamment que l'Agence reçoit plus de 26 M \$ pour ses activités régionalisées et ses fonds affectés.



La situation financière du réseau de la santé et des services sociaux pour l'exercice 2011-2012 s'est soldé par un déficit cumulatif de 4,3 M \$ soit une diminution de 5,7 M \$ comparativement au déficit de 10 M \$ de l'exercice précédent. Un suivi financier rigoureux accompagné de plans de retour à l'équilibre sera effectué au cours de l'exercice 2012-2013 afin d'améliorer la situation financière des établissements de la région.

RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE EN 2013-2014

(Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette (Loi 100, chapitre 20))

Les établissements publics des cinq RLS de la RSS de l'Outaouais ainsi que l'Agence ont présenté, en décembre dernier, un rapport pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Ce rapport permettait de voir la cible à atteindre en 2013-2014. Ce rapport portait également sur les dépenses spécifiques sujettes à une diminution de 25 % en 2010-2011 soit la publicité, les frais de déplacement, de congrès et de formation. Voici les résultats transmis au MSSS sont les suivants:

	Réduction du 10 % des dépenses de nature administrative	Mesure spécifiques sujettes à une diminution de 25 %
	Au 31 mars 2011	Au 31 mars 2011
Établissements publics	5,64 %	24,98 %
Agence	7,49 %	32,09 %

Au cours de l'année, les travaux se sont poursuivis avec l'ensemble des établissements de la région afin de déterminer les mesures devant permettre d'atteindre les cibles prescrites pour l'année en cours. Cette démarche a permis d'identifier des actions permanentes visant à rendre récurrentes les mesures et à envisager des avenues autres que celles prévues par le projet de Loi 100 afin de réduire de 10 % les dépenses de fonctionnement de nature administrative d'ici le 31 mars 2014.

Pour atteindre cet objectif, plusieurs actions concrètes ont été mises de l'avant dans les domaines qui touchent l'assurance-salaire, la main-d'œuvre indépendante, le temps supplémentaire, les frais de déplacement, les médicaments, la formation, les autres charges directes, le non-remplacement, les abolitions de poste de nature administrative ainsi que la réorganisation du travail.

Un suivi spécifique, visant l'atteinte de l'objectif à terme, sera effectué auprès des établissements et ce, tout au cours de la période visée.

RÉGION SOCIO-SANITAIRE DE L'OUTAOUAIS

ALLOCATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES AUX ÉTABLISSEMENTS EXPRIMÉE EN (\$)

	Exercice financier 2011-2012		Exercice financier 2010-2011	
	Budget final	Surplus (Déficit)	Budget final	Surplus (Déficit)
Établissements publics (budget net de fonctionnement)				
CSSS de Gatineau ¹	351 937 942	(2 023 052)	306 440 101	(8 424 852)
CSSS du Pontiac	31 547 686	(2 109)	30 501 554	(485 455)
CSSS des Collines	17 778 643	(600 555)	17 473 014	7 598
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	33 260 458	(688 816)	31 359 813	65 600
CSSS de Papineau	55 862 221	(2 293 485)	52 106 277	(2 483 307)
sous-total CSSS	490 386 950	(5 608 017)	437 880 759	(11 320 416)

CH Pierre-Janet			30 581 814	29 346
Les Centres Jeunesse de l'Outaouais	36 415 259	67 358	35 770 840	197 407
CR La RessourSe	14 104 489	72 885	14 065 174	71 797
Pavillon du Parc	30 435 696	535 718	29 872 928	215 548
Centre Jellinek	5 607 996	126 251	5 511 662	236 438
sous-total : Établissements régionaux	86 563 440	802 212	115 802 418	750 536
Total - Établissements publics	576 950 390	(4 805 805)	553 683 177	(10 569 880)

	Exercice financier 2011-2012		Exercice financier 2010-2011	
	Budget net agréé	Surplus (Déficit)	Budget net agréé	Surplus (Déficit)
Établissements privés conventionnés				
CHSLD Vigi de l'Outaouais	5 921 487	166 377	5 710 553	286 549
CHSLD Champlain-Gatineau	6 285 863	340 590	6 047 809	330 168
Total - Établissements privés conventionnés	12 207 350	506 967	11 758 362	616 717

TOTAL DE LA RÉGION	589 157 740	(4 298 838)	565 441 539	(9 953 163)
---------------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

1. Résultat avant prise en charge du déficit des exercices antérieurs par le MSSS

Source: Sommaire du financement net de l'Agence regroupé par organisation subventionnée et rapport financier annuel AS-471 pour les surplus ou déficit du fonds d'exploitation.

DONNÉES OPÉRATIONNELLES 2011-2012 DE L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS

VOLUME D'ACTIVITÉS ET CAPACITÉ

		Activités: Nb d'utilisateurs	Jours - présences ou rétribués	Nb de lits au permis	Nb de lits dressés
CSSS	Services de santé en CH	-	241 675	753	697
	Services sociaux & CHSLD	-		1 085	1 109
	Services à domicile	12 474	-	-	-
Total CSSS		12 474		1 838	1 806
CR	Alcoolisme et toxicomanie	1 646	6 863	-	-
	Déficience intellectuelle ou TED	1 218	98 673	-	-
	Déficience physique	3 434	27 034	-	-
Total CR		6 298	132 570	-	-
CHSLD privés conventionnés		-	78 682	192	216
CJ		1 539	154 320	-	-

		Ressources humaines (nombre de personnes)						
Catégorie	Médecins	Personnel cadre		Personnel régulier		Total		Total
		TC	TP	TC	TP	TC	TP	
CSSS	458	273	27	4042	1788	4315	1815	6 130
CR		47	-	422	152	469	152	621
CHSLD privés conventionnés	5	8	-	74	106	82	106	188
CJ		34	-	283	41	317	41	358
TOTAL	463	362	27	4821	2087	5183	2114	7297
		389		6908				
		5,33 %		94,67 %		71,03 %	28,97 %	

Source: Rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2012

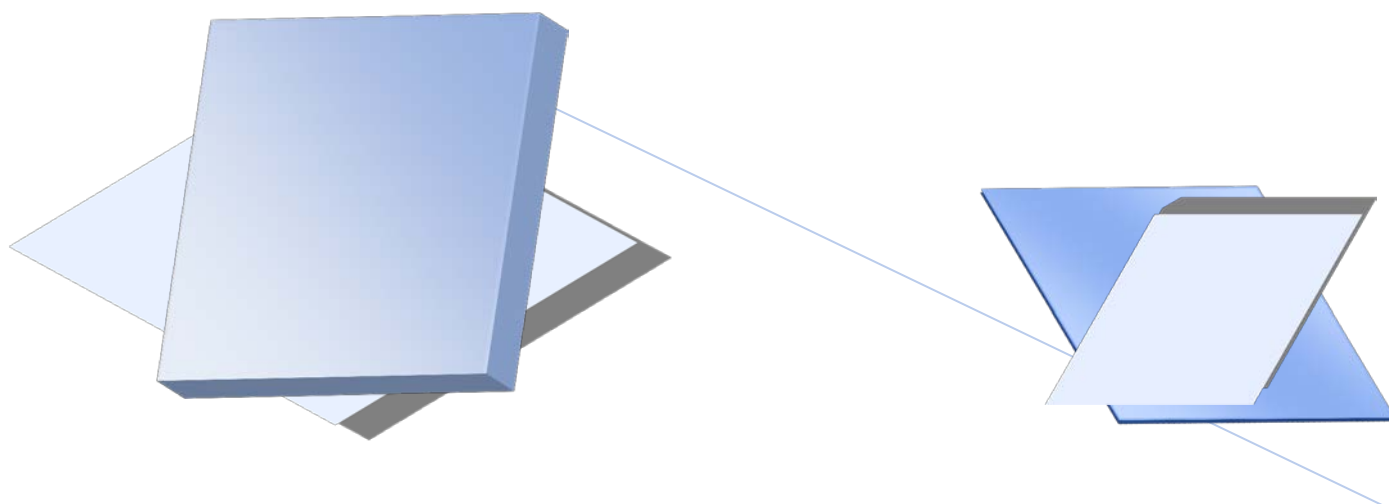
DONNÉES OPÉRATIONNELLES 2011-2012

CSSS		Gatineau ¹	Pontiac	Collines	Vallée-de-la-Gatineau	Papineau	Total
Service de maintien à domicile							
Usagers ayant reçu des services		6420	1531	820	1131	2564	12 474
Médecins actifs : (nb de personnes)		25	-	4	4	11	44
Ressources humaines (nombre de personnes)							
Personnel cadre :	Temps complet	189	15	17	18	34	273
	Temps partiel	12	2	2	3	8	27
Personnel régulier	Temps complet	3 008	282	165	216	371	4 042
	Temps partiel	1 165	80	69	152	322	1 788
Jours/présences							
CH :	En salle	165 844	13 966	3 611	14 475	20 084	217 980
	En chambres semi-privées	12 149	-	2246	193	2405	16 993
	En chambre privées	3493	-	3195	-	14	6702
TOTAL		181 486	13 966	9052	14 668	83 264	241 675
CHSLD	Ress. Héberg. institutionnelles	219 153	42 070	11 168	35 993	83 264	391 648
Hôtellerie hospitalière et foyers de groupe		7486					7486
Usagers admis	CH	15 561	1429	630	1573	2092	21 285
Nb de lits au permis		595	39	16	40	63	753
	Héberg. et soins de longue durée	596	115	42	101	231	1085
Nb de lits dressés	CH	522	39	16	40	80	697
		Héberg. et soins de longue durée	609	115	42	100	243
Durée moyenne de séjour	Soins généraux et spécialisés	11,54	11,50	6,80	8,18	10,08	
	Soins psychiatrique	-	-	-	-	-	
Pourcentage d'occupation moyenne :							
CH :		87,64	100,00	68,41	100,19	97,59	
Héberg. Et soins de longue durée		99,27	100,00	137,58	98,34	98,48	
Médecins actifs	Spécialistes	201	6	-	5	4	216
CH & CHSLD	Omnipraticiens	126	15	19	14	24	198
1. Les activités du CH Pierre-Janet sont intégrées aux données du CSSS de Gatineau pour l'année complète, suite à l'intégration en janvier 2012							

DONNÉES OPÉRATIONNELLES 2011-2012

CHSLD privés conventionnés		CHSLD Vigi de l'Outaouais	CHSLD Champlain-Gatineau	Total
Jours - présences :	- Héberg.et soins de longue durée	35 011	43 671	78 682
No.de lits au permis :				
	- Héberg.et soins de longue durée	96	96	192
No.de lits dressés :				
	- Héberg.et soins de longue durée	96	120	216
Pourcentage d'occupation moyenne :				
	- Héberg.et soins de longue durée	99,64	99,73	
Médecins actifs :	- Omnipraticiens	5		5
Ressources humaines (nombre de personnes) :				
Personnel cadre :	Temps complet	4	4	8
	Temps partiel		-	-
Personnel régulier :	Temps complet	32	42	74
	Temps partiel	61	45	106

Source: Rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2012



DONNÉES OPÉRATIONNELLES 2011-2012

CR	Pavillon du Parc	CR La RessourS e	Centre Jellinek	Total	
Jours - présences en ressources d'hébergement institutionnelles:					
- Personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes	-	-	6 131	6 131	
- Personnes ayant une DI	-	11 230	-	11 230	
Total	-	11 230	6 131	17 361	
Jours rétribués en ressources d'hébergement non institutionnelles:					
- Personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes	732	-	-	732	
- Personnes présentant une DI ou un TED	98 673	-	-	98 673	
- Personnes ayant une déficience physique	12 582	3 222	-	15 804	
Total	111 987	3 222	-	115 209	
Présence en atelier, stage et/ou centre pour activités de jour :					
- Personnes présentant une DI	62 564	-	-	62 564	
Autres unités de mesures					
- Personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes inscrites en réadaptation	-	-	1 646	1 646	
Total	-	-	1 646	1 646	
Personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED:					
- Usagers suivis en intégration à l'emploi	58	-	-	58	
- Usagers suivis en assistance résidentielle continue	60	-	-	60	
- Usagers suivis en adaptation/réadaptation/assistance	1 100	-	-	1 100	
Total	1 218	-	-	1 218	
Personnes ayant une déficience physique :					
- Usagers suivis en assistance résidentielle continue	28	366	-	394	
- Usagers suivis en adaptation / réadaptation / intégration	-	3 040	-	3 040	
Total	28	3 406	-	3 434	
Ressources humaines (nombre de personnes) :					
Personnel cadre:	Temps complet	28	13	6	47
	Temps partiel	-	-	-	-
Personnel régulier :	Temps complet	234	136	52	422
	Temps partiel	63	64	25	152

Source: Rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2012

DONNÉES OPÉRATIONNELLES 2011-2012

Centres jeunesse		CJO
Jours-présence en ressources d'hébergement institutionnelles		18 038
Jours rétribués en ressources d'hébergement non institutionnelles		136 282
Services sociaux		
Protection et services à la jeunesse :		
	- Usagers hébergés ou placés	758
	- Usagers évalués et orientés	1 539
	- Ayant reçu assistance et support sans être hébergés	1 605
Services sociaux aux adultes :		
	- Usagers ayant reçu des services à l'égard de leur famille.	200
Ressources humaines (nombre de personnes) :		
Personnel cadre :	Temps complet	34
	Temps partiel	-
Personnel régulier :	Temps complet	283
	Temps partiel	41
Source: Rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2012		

AUTORISATIONS D'EMPRUNTS TEMPORAIRES

L'Agence peut autoriser des emprunts temporaires visant à financer des dépenses d'immobilisations reliées au fonds d'exploitation. Le montant maximum est déterminé selon le moindre de l'équivalent de 5% des dépenses de fonctionnement de l'établissement ou de 750 000\$ sur une durée maximale de 5 ans, pour un plafond régional maximal de 2,9 M\$.			
En 2011-2012, il n'y a eu aucun projet autofinancé autorisé par l'Agence.			
Les emprunts relatifs au fonctionnement (équilibre budgétaire) et les projets d'économie d'énergie sont pour leur part autorisés par le MSSS.			
Autorisations d'emprunts accordées à des établissements publics de l'Outaouais:			
	Par le Ministère	Par l'Agence	Total
Montant réel emprunté au 31 mars 2012			79 918 591 \$
Montant total autorisé au 31 mars 2012			83 201 507 \$
Montant autorisé en 2010-2011	356 300 000 \$	-	356 300 000 \$

BUDGET ALLOUÉ

Plan d'action Outaouais (avances)	19 000 000 \$
Réduction des listes d'attente en chirurgie (avances)	3 500 000 \$
Jeu pathologique	632 068 \$
Déploiement des infirmières praticiennes spécialisées	545 529 \$
Amélioration des services clientèle DP et DI-TED	477 091 \$
Formation médicale décentralisée	406 946 \$
Développement du personnel d'encadrement	330 148 \$
Programme national d'organisation du travail	175 000 \$
Programme de soutien clinique- préceptorat	232 500 \$
Plan d'action régional en agressions sexuelles	90 000 \$
Programme de soutien - traitement toxicomanie	133 653 \$
Traitements en hémodialyse	1 500 000 \$
Plan d'intervention - personnes âgées	258 990 \$
Organismes communautaires- personnes démunies	78 240 \$
TOTAL	27 360 165 \$

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Subvention aux organismes communautaires 2011-2012		
PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS, SÉCURITÉ ALIMENTAIRE, PROCHES-AIDANTS, LOGEMENT SOCIAL LUTTE À L'ITINÉRANCE ET AUTRES PROJETS		
Sommaire		
	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Déficience intellectuelle	2 288 995	2 423 887
Déficience physique	1 179 846	828 390
Dépendances	349 160	347 615
Jeunes en difficulté	3 289 834	3 227 647
Perte d'autonomie	1 944 626	1 943 667
Santé mentale	5 063 401	5 074 248
Santé physique	1 708 534	1 644 932
Santé publique	2 591 442	2 417 104
Services généraux	6 168 919	6 056 447
Ententes spécifiques	310 519	312 138
Développement des communautés et sécurité alimentaire	450 186	589 579
Proches-aidants	465 293	458 869
Logement social	240 373	237 055
Lutte à l'itinérance	196 118	193 410
Autres projets	705 038	394 396
Total	26 952 284	26 149 384
Source: Engagements par poste budgétaire et organisation subventionnée (SBFR)		

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 2011-2012

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS, SÉCURITÉ ALIMENTAIRE, PROCHES-AIDANTS, LOGEMENT SOCIAL LUTTE À L'ITINÉRANCE ET AUTRES PROJETS		
Secteur: Mission globale par programme		
Défiance intellectuelle	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Arche Agapé inc.	446 279	440 117
Association pour personnes exceptionnels de Papineau inc.	43 949	43 342
Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais	506 276	499 286
Association répit communautaire	98 742	97 379
Ass. intégration communautaire Vallée Gatineau La Lanterne	84 478	83 312
Atelier de formation socioprofessionnelle de la Petite-Nation	133 108	131 270
Camp Gatineau inc.	15 617	212 469
Centre artisanal pour la défiance intellectuelle de l'Outaouais	162 987	160 737
Centre Jean Bosco de Maniwaki inc.	168 477	143 468
Centre Serge Bélair	59 714	51 000
Grenier d'apprentissage Jacques L Charbonneau	12 270	12 101
Trait d'Union Outaouais	557 098	549 406
Total- Défiance intellectuelle	2 288 995	2 423 887
Défiance physique	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Action Aide Loisir Papineau	48 664	42 075
Amicale des handicapés physiques de l'Outaouais inc.	96 962	95 623
Association de l'ouïe de l'Outaouais	60 779	40 216
Association des neurotraumatisés - Région de l'Outaouais	68 738	67 789
Entre deux roues	10 000	
Logement intégré de Hull inc.	786 402	474 313
Regroupement post-polio Outaouais	-	1 569
Service régional d'interprétation visuel de l'Outaouais	81 529	80 403
Société canadienne de la sclérose en plaques	26 772	26 402
Total- Défiance physique	1 179 846	828 390
Dépendances	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Association prévention toxicomanie chez les femmes de l'Outaouais	50 851	50 149

Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais	237 273	237 273
S.O.S. Contact Al-To inc.	61 036	60 193
Total - Dépendances	349 160	347 615
Jeunes en difficulté		
	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Adojeune inc.	393 910	388 471
Alternative Outaouais	418 565	412 786
Association pour enfants ayant des troubles d'apprentissage	50 642	49 943
Avenue des jeunes	610 795	602 362
Centre d'entraide des aînés de Buckingham	23 054	12 874
Centre des jeunes de Wakefield	61 083	60 240
Espace Outaouais inc.	169 279	166 942
Jardin éducatif du Pontiac	63 931	63 048
Jeunesse sans frontières de la Vallée-de-la-Gatineau	88 539	87 317
La Pointe aux jeunes inc.	139 110	137 189
Les grands-frères et grandes-sœurs de l'Outaouais	29 954	22 637
Les Maisons des jeunes du Pontiac	221 157	218 104
M-Ado Jeunes de Buckingham	151 551	149 459
Maison de jeunes Val-Jeunesse	68 207	67 265
Mani-Jeunes inc.	126 407	124 662
Mashado	158 573	156 383
Prévention C.E.S.A.R.	287 983	284 007
SAGA Jeunesse	102 527	101 111
Salon des jeunes de Thurso "Le Spot"	56 360	55 582
Source des Jeunes	68 207	67 265
Total- Jeunes en difficulté	3 289 834	3 227 647
Perte d'autonomie		
	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Académie des retraités de l'Outaouais	31 619	31 182
Albatros Maniwaki enr.	2 908	2 375
Cantine des aînés et aînées de Buckingham	16 334	11 178
Centre action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre	131 364	129 550
Centre d'action bénévole d'Aylmer - ACCES	104 738	103 292
Centre d'action bénévole de Gatineau	152 395	150 291

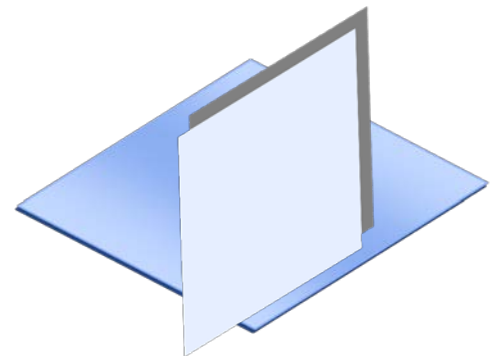
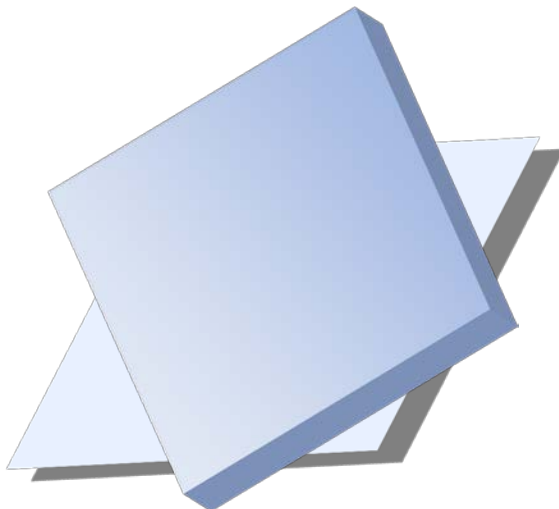
Centre d'action bénévole de Hull	84 375	83 210
Centre de rencontre Arc-en-ciel Ltée	12 168	12 000
Centre d'entraide aux aînés	131 314	129 501
Centre des aînés de Gatineau	178 602	176 136
Club de l'âge d'or de Fort-Coulonge	23 322	23 000
Club de l'âge d'or Mgr Martel de l'Île-du-Grand-Calumet	4 591	4 528
Comité de bénévolat pour la région du Pontiac Ouest inc.	16 236	16 012
Comité de transport bénévole de Rapides-des-Joachims	15 831	15 612
Comité de transport d'Otter Lake	15 438	15 225
Comité régional du troisième âge de Papineau	137 131	135 238
Équipe des bénévoles de la Haute-Gatineau	73 415	72 401
Le Mont d'Or	54 488	53 736
Le Regroupement des clubs de l'âge d'or de la Vallée-de-la-Gatineau et des Collines	144 866	142 866
Les Amis et amies de St-François-de-Sales inc.	-	31 313
Les Habitations partagées de l'Outaouais urbain	102 789	101 370
Les Services de répit du Pontiac	37 297	36 782
Société Alzheimer de l'Outaouais québécois	461 370	455 000
Transport de l'âge d'or de Campbell's Bay	12 035	11 869
Total- Perte d'autonomie	1 944 626	1 943 667
Santé mentale	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Aidants unis pour recréer ensemble des soutiens (A.U.P.R.E.S)	20 809	17 563
Apogée	280 856	276 978
Boulev'art de la Vallée	361 438	356 448
Centre d'aide 24/7	1 310 872	1 293 560
Centre Inter-Section	496 318	489 465
Centre Intervalle Pontiac	243 966	240 598
Entraide-Deuil de l'Outaouais	68 873	67 922
L'Envol SRT	70 897	69 918
Les Habitations Nouveau Départ	248 842	245 406
Maison amitié de la Haute-Gatineau	334 609	329 989
Maison Le Ricochet	517 039	509 900
Maison Réalité inc.	716 193	706 305
Organisme d'aide et de support à l'intégration sociale (ODASIS)	139 124	220 132
Reg. Des organismes communautaires en santé mentale de l'Out. (ROCSMO)	22 166	21 860

Suicide Détour	111 516	109 976
Tél-Aide Outaouais	119 883	118 228
Total- Santé mentale	5 063 401	5 074 248
Santé physique	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Association pour les personnes souffrant de douleur chronique	78 641	77 555
Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais	930 031	920 090
Épilepsie Outaouais	69 862	29 450
La Maison Mathieu Froment-Savoie	630 000	617 837
Total- Santé physique	1 708 534	1 644 932
Santé publique	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Action-Quartiers	58 474	57 667
Banque alimentaire de la Petite-Nation	49 961	32 506
Bouffe-Pontiac	45 118	31 675
Bureau régional action SIDA Outaouais	462 098	455 718
CAP Santé Outaouais	185 028	182 473
Centre alimentaire d'Aylmer	74 670	73 639
Centre Kogaluk	65 423	49 727
Comptoir St-Pierre Fort-Coulonge	10 366	10 223
Entraide de la Vallée	32 522	32 073
Entraide familiale de l'Outaouais	87 872	86 659
Grenier des Collines	44 612	26 245
Groupe communautaire Deschênes	61 114	60 270
La Maison de l'Amitié de Hull	57 798	57 000
La Manne de l'Île	95 200	54 438
La Mie de l'entraide	49 810	43 205
La Soupe populaire de Hull	138 465	136 553
La Soupière de l'Amitié de Gatineau inc.	107 257	105 776
Le Gîte Ami	425 725	419 847
Les Œuvres Isidore Ostiguy	57 682	56 886
Maison Alonzo Wright	12 533	10 388
Maison communautaire Daniel-Johnson	71 075	58 259
Moisson Outaouais	79 332	78 237

Mon Chez-Nous	114 876	103 428
Naissance-Renaissance Outaouais	114 272	112 694
Ress. d'aide et de dépannage pour les alcool. et toxico de Lusville	90 159	81 518
Total- Santé publique	2 591 442	2 417 104
Services généraux	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Association des femmes immigrantes de l'Outaouais	85 894	84 708
CALACS Maniwaki	104 016	102 580
Centre d'aide et lutte contre les agressions sexuelles (CALAS)	312 671	308 354
Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille	256 483	225 642
Centre Mechtilde	679 586	670 203
Donnes-toi une chance	148 434	146 385
Groupe Entre-femmes de l'Outaouais	32 654	32 203
Halte-femmes de la Haute-Gatineau	558 808	551 093
L'Antre-Hulloises inc.	179 010	176 538
L'Autre Chez-Soi	617 165	608 644
L' EntourElle	617 165	608 644
L'Impact Rivière Gatineau	165 771	163 482
Le Centre Actu-Elle	178 860	176 391
Le Centre d'entraide "La Destinée"	177 669	175 216
Maison d'hébergement pour Elles des deux Vallées	617 165	608 644
Maison Libère-Elles	617 176	608 655
Maison Unies-Vers-Femmes	649 820	640 848
Réseau anglophone des ressources en santé communautaire (Enrich)	67 794	66 858
TROCAO	102 778	101 359
Total- Services généraux	6 168 919	6 056 447
TOTAL- Mission globale	24 584 757 \$	23 963 937 \$
Source: Engagements par poste budgétaire et organisation subventionnée (SBFR)		

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 2011-2012

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS, SÉCURITÉ ALIMENTAIRE, PROCHES-AIDANTS, LOGEMENT SOCIAL LUTTE À L'ITINÉRANCE ET AUTRES PROJETS		
Secteur: Ententes spécifiques		
	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Centre d'activités préscolaires et familiales		1 800
Maison de la famille de la Vallée-de-la-Gatineau	1 800	1 800
Comité Solidarité Gatineau Ouest	1 500	3 000
Contacts femmes-enfants		1 500
Droits-Accès de l'Outaouais	131 535	129 719
La Maison de la famille Vallée-de-la-Lièvre	6 200	6 200
Le Patro de Fort-Coulonge/Mansfield	42 577	42 577
Les Enfants de l'Espoir de Hull		1 800
Maison de la famille l'Étincelle	27 719	25 857
Maison de la famille de la Petite-Nation	1 800	1 800
Maison de la famille de Quyon	1 500	1 500
Maison de la famille du Pontiac	1 500	1 500
Vallée-Jeunesse (Priorité régionale)	94 388	93 085
Total - Ententes spécifiques	310 519 \$	312 138 \$



SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 2011-2012

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS, SÉCURITÉ ALIMENTAIRE, PROCHES-AIDANTS, LOGEMENT SOCIAL LUTTE À L'ITINÉRANCE ET AUTRES PROJETS		
Secteur: Développement des communautés et sécurité alimentaire		
	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Alliance alimentaire Outaouais	20 000	
Alternative Outaouais	1 500	1 900
Association des résidents de l'île de Hull		5 249
Bouffe-Pontiac	9 000	47 247
CDC Rond-Point		24 000
CEGEP de l'Outaouais		35 000
Centre action générations des aînés de la Vallée-de-la-Gatineau	15 500	20 500
Centre Alimentaire Aylmer	22 500	35 098
Centre d'animation familiale de l'Outaouais		20 996
Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais	600	
Centre des aînés de Gatineau		17 250
Centre haïtien carrières emploi	1 200	13 760
CLD des Collines de l'Outaouais	22 300	19 500
Comité de vie de quartier Vieux-Gatineau	25 700	
Comité régional du troisième âge de la Petite-Nation		20 996
Contacts femmes -enfants	20 000	15 747
CRÉO	13 500	15 700
Commission scolaire Cœur-des-Vallées		11 700
Commission scolaire des Hauts-Bois	40 500	
Donnes-toi une chance	2 000	13 300
Entraide de la Vallée		10 498
Épicerie de l'Île de Hull	1 200	1 950
Grenier des Collines	15 000	15 747
Groupe communautaire Deschênes	17 700	13 500
Groupe d'entraide pour hommes du Pontiac	18 000	
L'Antre-Hulloises		1 200
L'Impact Rivière Gatineau	2 000	18 000
Le Patro de Fort-Coulonge/Mansfield		6 850
La Pointe aux jeunes	20 700	17 041
Maison communautaire Daniel-Johnson	42 298	31 000

Maison de la famille l'Étincelle	15 000	15 747
Moulin des Pionniers		24 500
OMH de Gatineau	22 500	
SADC Vallée-de-la-Gatineau	12 263	15 717
Service Animation Jeunesse	22 500	
Table de concertation agro-alimentaire de l'Outaouais	15 000	
Table de concertation sur la faim	20 000	20 996
Table ronde des organismes éducation populaire	-	890
Télévision Basse-Lièvre	18 000	
Unité régionale des loisirs de l'Outaouais	12 225	76 000
Université du Québec en Outaouais	1 500	2 000
Total - Développement des communautés et sécurité alimentaire	450 186 \$	589 579 \$

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 2011-2012

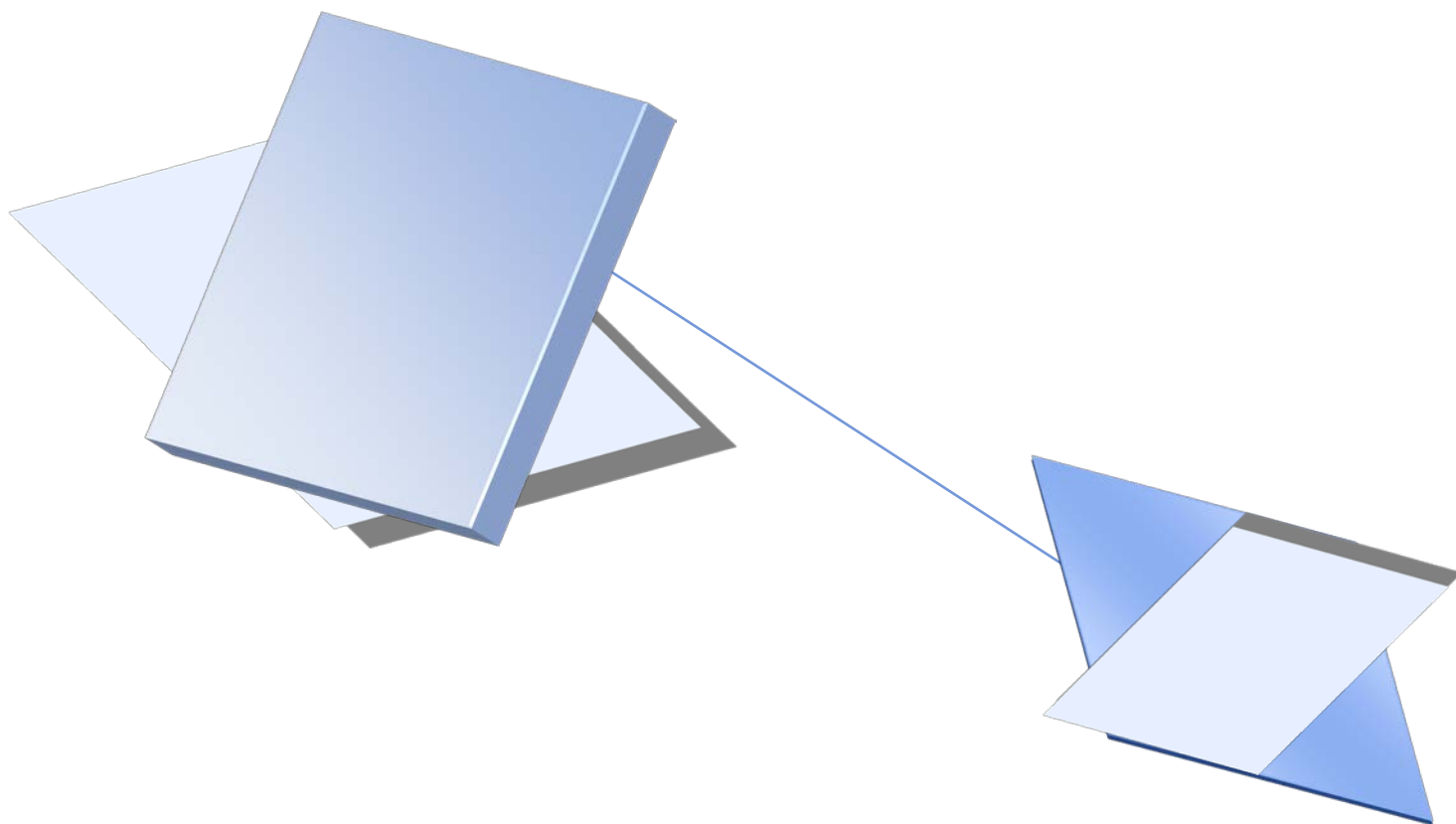
PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS, SÉCURITÉ ALIMENTAIRE, PROCHES-AIDANTS, LOGEMENT SOCIAL LUTTE À L'ITINÉRANCE ET AUTRES PROJETS		
Secteur: Proches-aidants		
	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Centre d'action bénévole d'Aylmer	52 438	51 714
Centre des aînés de Gatineau	312 007	307 699
Société Alzheimer de l'Outaouais	100 848	99 456
Total - Proches-aidants	465 293 \$	458 869 \$

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 2011-2012

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS, SÉCURITÉ ALIMENTAIRE, PROCHES-AIDANTS, LOGEMENT SOCIAL LUTTE À L'ITINÉRANCE ET AUTRES PROJETS		
Secteur: Logement social		
	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Logement'Occupe	26 219	25 857
OMH de Gatineau	120 187	118 528
ROHSCO	93 967	92 670
Total - Logement social	240 373 \$	237 055 \$

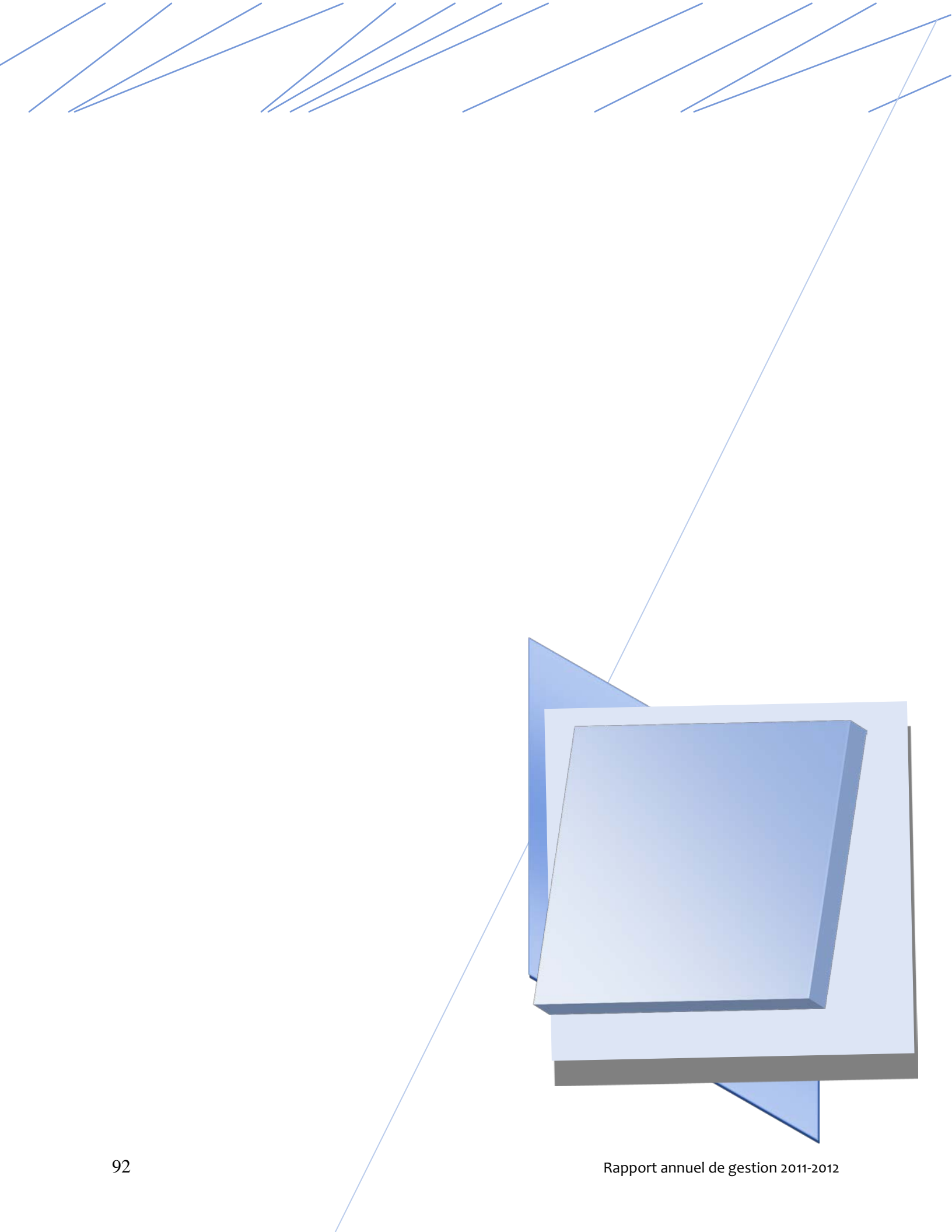
SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 2010-2011

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS, SÉCURITÉ ALIMENTAIRE, PROCHES-AIDANTS, LOGEMENT SOCIAL LUTTE À L'ITINÉRANCE ET AUTRES PROJETS		
Secteur: Lutte à l'itinérance		
	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
L'Entraide familiale de l'Outaouais	15 731	15 514
La Manne de l'île	20 976	20 686
La Soupe populaire de Hull	49 292	48 611
Le Gîte-Ami	110 119	108 599
Total - Lutte à l'itinérance	196 118 \$	193 410 \$



SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 2011-2012

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS, SÉCURITÉ ALIMENTAIRE, PROCHES-AIDANTS, LOGEMENT SOCIAL LUTTE À L'ITINÉRANCE ET AUTRES PROJETS		
Secteur: Autres projets		
	Subvention allouée (\$)	Subvention allouée (\$)
	2011-2012	2010-2011
Académie des retraités Outaouais	32 135	33 000
Adojeune	38 334	
Arche Agapè	46 318	
Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais	26 584	17 340
BRAS-SIDA	120 000	131 233
CALAS Outaouais		15 882
CEGEP de l'Outaouais	85 500	
Centre communautaire Entre-Nous		2 000
Centre d'Éveil Devenir Grand		486
Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais	17 686	6 245
Centre intervention en abus sexuel pour la famille	-	64 100
Centre Jean Bosco	52 132	
Centre Serge Bélaïr	15 880	
CLD des Collines	22 300	
Coop des 1001 Corvées	3 704	
Coop solidarité Vallée-de-la-Gatineau	8 967	
CRÉO	15 000	15 000
CPSP- Centre placement Portages	22 911	
Donnes-toi une chance	93 400	53 826
Le Mont d'Or	4 558	
Maison communautaire Daniel-Johnson	-	2 000
Maison de la famille de la Vallée-de-la-Gatineau	2 000	2 000
Maison de la famille de la Vallée-de-la-Lièvre	-	2 000
Municipalité de l'Ange-Gardien	-	7 000
OMH Gatineau	14 683	284
Remue-ménage	5 946	
Service d'animation jeunesse de l'Outaouais	-	10 000
Table de concertation agro-alimentaire Outaouais	6 000	6 000
Table Éducation Outaouais	20 000	20 000
Transport collectif des Collines	-	6 000
Université du Québec en Outaouais	43 500	
Vallée-Jeunesse	7 500	
Total - Autres projets	705 038 \$	394 396 \$





ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 2011-2012

RAPPORT DE LA DIRECTION SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS DE L'AGENCE


Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais 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 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.

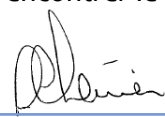
L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Lemire+Morin+Tremblay Inc. 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 Lemire+Morin+Tremblay Inc. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit



Guy Morissette
Président-directeur général



Denis Chénier
Directeur de la gestion des ressources



Lemire + Morin + Tremblay inc.
1839, rue St-Louis,
Gatineau (Québec) J8T 4H3
T 819.775.3306 F 819.775.3396
www.lmtca.ca

Aux membres du Conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans résumés des fonds d'exploitation, d'immobilisations, des activités régionalisées et des fonds affectés au 31 mars 2012, ainsi que les états des résultats résumés et les soldes de fonds des mêmes fonds pour l'exercice clos à cette date, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais pour l'exercice clos le 31 mars 2012. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2012.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises en vertu des Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, «Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés».

Fondement de l'opinion avec réserves

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais pour l'exercice clos le 31 mars 2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais pour l'exercice clos le 31 mars 2012.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves dans notre rapport daté du 14 juin 2012.

Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ne sont pas comptabilisés aux bilans totaux, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les incidences de cette dérogation n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible au niveau de l'Agence. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant comme nous l'avons fait pour les états financiers de l'exercice précédent.

De plus, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Agence et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les incidences de cette dérogation n'ont pu être déterminées aux prix d'un effort raisonnable. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avons fait pour les états financiers de l'exercice précédent.

Opinion avec réserves

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences du problème décrit dans les paragraphes de Fondement de l'opinion avec réserves, ces états financiers donnent, dans tous les aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais au 31 mars 2012, 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.

Lemire + Morin + Tremblay Inc.

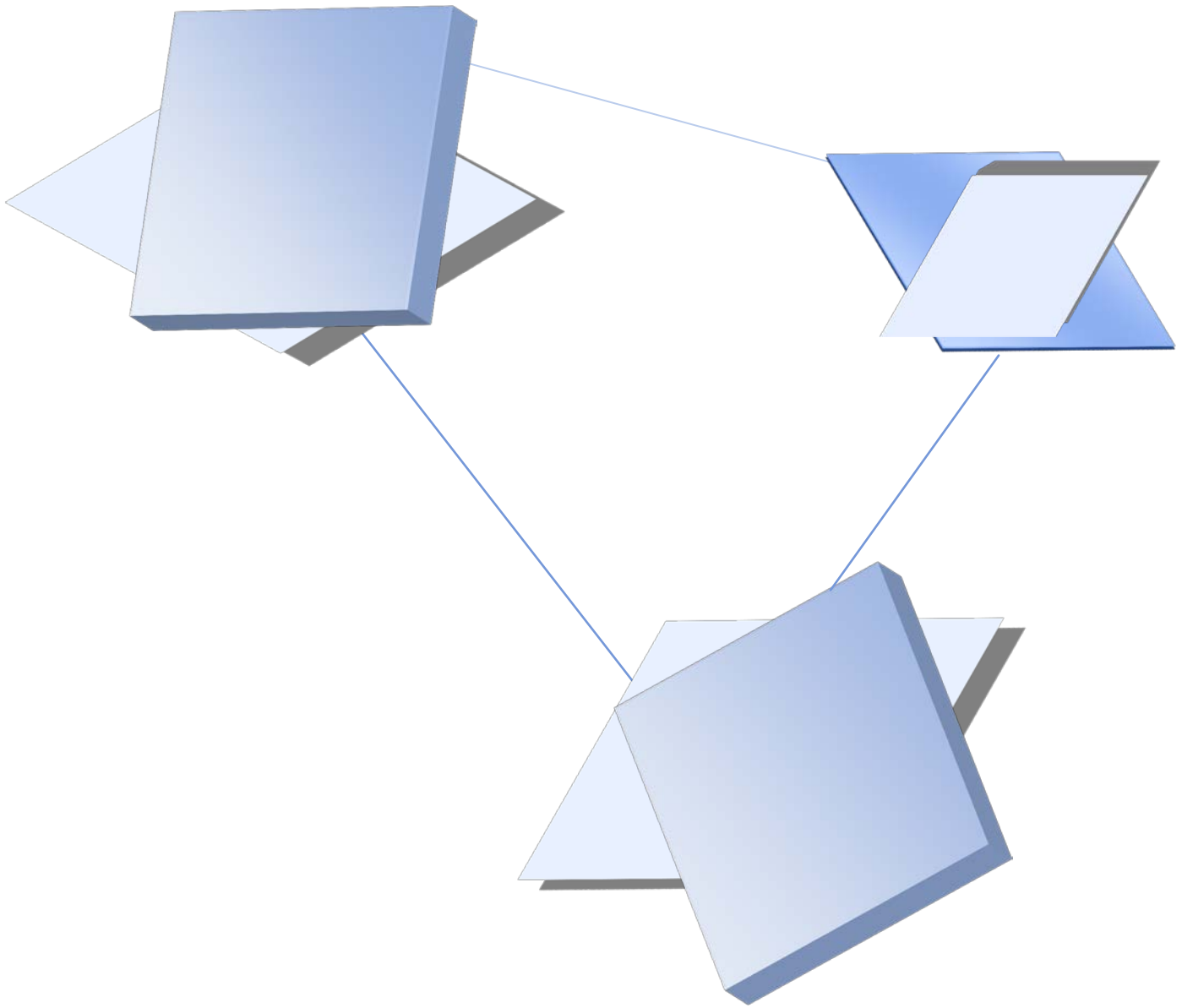
Lemire + Morin + Tremblay inc.
Gatineau, le 14 juin 2012

¹ Comptable agréé auditeur, permis no 21590

ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS DE L'AGENCE

Fonds d'exploitation				
Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE				
RÉSULTATS				
	Activités principales		Activités accessoires	
REVENUS	Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
Subventions MSSS :				
Budget signifié	7 525 547	7 821 751	153 970	76 003
(Diminution) ou augmentation du financement	1 294 002	1 333 205		
Variation des revenus reportés - MSSS	33 334	(70 437)	(68 247)	(57 781)
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances		135 141		
Total	8 852 883	9 219 660	85 723	18 222
Revenus de placements	9 371	7 388	910	233
Revenus d'autres sources:				
Ventes de services et recouvrements	23 809			
Subventions Gouvernement du Canada	22 224	22 223		
Autres revenus	317 403	430 511		764
Total des revenus	9 225 690	9 679 782	86 633	19 219
CHARGES				
Salaires	4 397 275	4 372 747	44 218	902
Avantages sociaux	1 039 631	1 032 229	3 442	361
Charges sociales	603 300	592 047	5 319	148
Frais de déplacement et de représentation et dépenses C.A.(act.princ.)	106 908	89 277	1 012	318
Services achetés	575 471	676 928	16 995	
Publicité et communication	94 445	114 077	14 452	17 490
Loyers	2 010 258	2 050 589		
Location d'équipement	605			
Fournitures de bureau	123 523	107 333	30	
Dépenses de transfert	34 487			
Créances douteuses		45 322		
Autres charges	333 463	354 081		
Charges extraordinaires				
Total des charges	9 319 366	9 434 630	85 468	19 219

EXCÉDENT (DÉFICIT)	(93 676)	245 152	1 165	
Renseignement à titre informatif seulement				
Contributions de l'avoir-propre et interfonds :				
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	159 793	185 447		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(167 016)	(291 968)		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	(100 899)	138 631	1 165	



FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 - AUDITÉE

RÉSULTATS		
	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	3 767 643	3 821 138
Variation des revenus reportés - MSSS	(170 687)	92 075
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances		17 117
Contributions des établissements	2 125 070	2 163 122
Revenus de placements	4 036	1 518
Revenus d'autres sources:		
Ventes de services et recouvrements	8 199	29 895
Autres revenus	315 994	439 547
Total des revenus	6 050 255	6 564 412
CHARGES		
Salaires	1 521 703	1 434 224
Avantages sociaux	249 285	265 200
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	103 976	70 276
Charges sociales - autres	110 470	109 823
Frais de déplacement et de représentation	52 131	57 588
Services achetés	3 342 283	3 712 693
Publicité et communication	101 027	94 575
Loyers	251 058	256 423
Dépenses de transfert	231 421	
Fournitures de bureau	40 843	59 455
Autres charges	4 170	317 942
Total des charges	6 008 367	6 378 199
EXCÉDENT (DÉFICIT)	41 888	186 213
Renseignement à titre informatif seulement Contributions de l'avoir-propre et interfonds:		
En provenance de fonds affectés (+)	81 404	80 731
Affectées au fonds d'exploitation (-)	(159 793)	(185 447)
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(35 819)	(31 497)
Excédent (Déficit) après contributions de l'avoir-propre et interfonds	(72 320)	50 000

FONDS D'IMMOBILISATIONS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 - AUDITÉE

RÉSULTATS		
	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS		
Ministère de la santé et des services sociaux:		
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	1 105 211	567 558
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	1 633 894	1 831 883
Amortissement des revenus reportés:		
Autres contributions et dons	11 722	
Autres revenus	5 406	58 220
Total des revenus	2 756 233	2 457 661
CHARGES		
Frais financiers:		
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	1 708 302	1 908 585
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	15 213	8 182
Dépenses d'immobilisations non capitalisables	106 391	120 255
Amortissement des immobilisations	1 009 691	800 458
Autres charges (préciser)		15 008
Total des charges	2 839 597	2 852 488
EXCÉDENT (DÉFICIT)	(83 364)	(394 827)
Renseignement à titre informatif seulement: Contributions		
Contributions en provenance du:		
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	167 016	291 968
Fonds des activités régionalisées (+)	35 819	31 497
De fonds affectés (+)	66 027	71 362
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	185 498	0



FONDS D'EXPLOITATION

EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS			
	Activités principales 1	Avoir propre 2	Total (C.1 + C.2) 3
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	430 599	350 755	781 354
Additions (déductions)			
ACTIVITÉS PRINCIPALES:			
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre):		(93 676)	(93 676)
Transferts interfonds (provenance):			
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)		159 793	159 793
Transferts interfonds (affectations):			
Contributions au fonds d'immobilisations (-)		(167 016)	(167 016)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES:			
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre):		1 165	1 165
AUTRES ÉLÉMENTS:			
Libération de surplus	(430 599)	430 599	
Variation de l'exercice	(430 599)	330 865	(99 734)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN		681 620	681 620

FONDS D'IMMOBILISATIONS — FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS		
	Fonds d'immobilisations 1	Fonds des activités régionalisées 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT		218 669
Additions (déductions)		
Excédent (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	(83 364)	41 888
Transferts interfonds (provenance):		
Contributions du fonds d'exploitation (+)	167 016	
Contributions des activités régionalisées (+)	35 819	
Contributions de fonds affectés (+)	66 027	81 404
Transferts interfonds (affectations):		
Contributions au fonds d'exploitation (-)		(159 793)
Contributions au fonds d'immobilisations (-)		(35 819)
Autres transferts interfonds		
Variation de l'exercice	185 498	(72 320)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	185 498	146 349

FONDS D'EXPLOITATION - FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 - AUDITÉE

BILAN				
	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
ACTIF	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
À court terme	1	2	3	4
Encaisse	977 904	1 178 117	811 037	621 733
Débiteurs :				
MSSS	18 140		1 384 586	907 591
Établissements publics	13 796	507	268 799	433 166
Gouvernement du Canada	5 556			
Fonds d'exploitation			10 696	
Fonds des act. régionalisées	48 257	28 644		
Fonds affectés	14 517	7 057		33 714
Autres débiteurs	377 099	475 773	357 205	401 192
Charges payées d'avance	40 418	31 208	9 483	223 248
Autres éléments	28 080	41 368		
Total - Actif à court terme	1 523 767	1 762 674	2 841 806	2 620 644
À long terme Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	751 149	751 149	197 327	197 327
TOTAL DE L'ACTIF	2 274 916	2 513 823	3 039 133	2 817 971
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque			1 566 808	1 372 209
Autres créditeurs et autres charges à payer :				
MSSS	7 931			
Établissements publics	3 316		449	
Fonds d'exploitation			48 257	28 644
Fonds des activités régionalisées	10 696			
Fonds affectés	2 141			533
Salaires courus à payer	192 294	152 400		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	7 949	22 576	158	
Autres créditeurs	316 140	643 394	267 855	370 274
Autres revenus reportés	249 367	206 313	774 527	575 383
Provision pour vacances et congés de maladie	715 238	657 859	215 919	202 448
Autres éléments	88 224	49 927	18 811	49 811

Total – Passif à court terme	1 593 296	1 732 469	2 892 784	2 599 302
TOTAL DU PASSIF	1 593 296	1 732 469	2 892 784	2 599 302
SOLDE DE FONDS	681 620	781 354	146 349	218 669
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	2 274 916	2 513 823	3 039 133	2 817 971

FONDS D'IMMOBILISATIONS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 - AUDITÉE

BILAN		
	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	205 075	31 535
Avances de fonds aux établissements publics	19 900 997	19 565 203
Débiteurs:		
MSSS	121 818	429 803
Autres débiteurs	54 764	366 477
À long terme		
Immobilisations	6 748 084	5 880 589
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	31 128 008	33 371 628
Frais reportés liés aux dettes	52 677	28 281
TOTAL DE L'ACTIF	58 211 423	59 673 516
PASSIF		
À court terme		
Emprunts temporaires	22 018 065	22 314 234
Intérêts courus à payer	286 575	429 803
Provision pour vacances et congés de maladie		3 038
Autres éléments	238 007	360 695
À long terme		
Autres revenus reportés	93 012	104 734
Dettes à long terme	35 390 266	36 461 012
TOTAL DU PASSIF	58 025 925	59 673 516
SOLDE DE FONDS	185 498	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	58 211 423	59 673 516

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 - AUDITÉE

BILAN		
ACTIF	Exercice courant	Exercice précédent
À court terme	1	2
Encaisse	2 852 634	2 771 696
Débiteurs :		
MSSS	1 180 744	1 344 120
Fonds d'exploitation	2 140	
Fonds des activités régionalisées		533
Autres débiteurs	109 267	81 085
Charges payées d'avance	87 899	127 841
Autres éléments	169 738	24 663
Total - Actif à court terme	4 402 422	4 349 938
À long terme		
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	49 795	49 795
TOTAL DE L'ACTIF	4 452 217	4 399 733
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	422 940	334 722
Autres créiteurs et autres charges à payer :		
Établissements publics	356 939	123 028
Organismes		21 138
Fonds d'exploitation	14 517	7 057
Fonds des activités régionalisées		33 714
Autres créiteurs	576 021	879 261
Revenus reportés - MSSS		488 300
Autres revenus reportés	410 364	459 470
Provision pour vacances et congés de maladie	43 532	53 044
Autres éléments	219 248	6 963
TOTAL DU PASSIF	2 043 561	2 406 697
SOLDE DE FONDS	2 408 656	1 993 036
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	4 452 217	4 399 733

Fonds affectés cumulés
Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

RÉSULTATS		
	Exercice courant	Exercice précédent
	1	2
REVENUS		
MSSS	223 261	3 216 332
Crédits régionaux	22 229 859	20 074 206

Variation des revenus reportés - MSSS		(488 300)
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances		4 109
FINESSS	3 193 888	
Revenus de placements	24 470	13 973
Revenus d'autres sources:		
Autres revenus	4 584 904	4 137 205
Total des revenus	30 256 382	26 957 525
CHARGES		
Dépenses de transfert	26 094 896	26 521 402
Charges d'exploitation:		
Salaires	345 566	314 183
Avantages sociaux	96 056	54 419
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	13 923	15 374
Charges sociales - Autres	23 711	29 188
Frais de déplacement et de représentation	8 495	11 127
Services achetés	6 108	114 755
Fournitures de bureau	10 244	4 463
Autres charges	3 094 332	62 417
Total des charges	29 693 331	27 127 328
EXCÉDENT (DÉFICIT)	563 051	(169 803)

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 - AUDITÉE

SOLDES DES FONDS		
	Exercice courant	Exercice précédent
	1	2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	1 993 036	2 314 932
Additions (déductions)		
Excédent (Déficit) de l'exercice	563 051	(169 803)
Transferts interfonds (provenance):		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	(81 404)	(80 731)
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	(66 027)	(71 362)
Variation de l'exercice	415 620	(321 896)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	2 408 656	1 993 036

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2011-2012
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 - AUDITÉE

	Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE	
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2011-2012 inscrit dans le système SBF-R	645 053 019
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE	
Allocations aux établissements	589 125 864
Allocations aux organismes communautaires	26 262 661
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	314 988
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	615 703 513
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	26 393 132
Autres	24 900
TOTAL	642 121 545
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	2 931 474
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics	
- Comptes à payer signifiés	1 335 357
- Comptes à payer non signifiés	62 297
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics	
- Comptes à payer signifiés	1 331 521
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	2 729 175
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	202 299
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS	0

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

NOTE 1 – CONSTITUTION ET OBJETS

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

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

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

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

- »»» Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire 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;
- »»» Les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.

UTILISATION D'ESTIMATION

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence 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 passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

COMPTABILITÉ D'EXERCICE

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

COMPTABILITÉ PAR FONDS

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

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

Le fonds d'immobilisations regroupe les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et long termes, aux subventions et tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs.

Ces actifs immobilisés peuvent avoir été acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés. Toutefois, les dettes relatives à ces actifs immobilisés sont présentées dans les fonds affectés en raison de l'impossibilité de dissocier les dettes de l'Agence et les dettes propres aux établissements. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs ;

Les fonds affectés sont constitués 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.

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

CLASSIFICATION DES ACTIVITÉS

La classification des activités de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

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

Activités accessoires : Les activités accessoires comprennent les 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.

ATTRIBUTION DES SUBVENTIONS

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

AVOIR PROPRE

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

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.

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.

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, les activités accessoires, les activités régionalisées et les fonds affectés.

IMMOBILISATIONS

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

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

FRAIS D'ÉMISSION, ESCOMPTE ET PRIME LIÉS AUX EMPRUNTS

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

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, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

NOTE 3 – VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

La variation des actifs financiers nets (dette nette) représente la différence entre les actifs financiers et les passifs financiers.

Les actifs financiers correspondent à tous les actifs à court et à long terme autres que les immobilisations, les stocks et les frais payés d'avance ; ils représentent au 31 mars 2012 une somme de 61 091 805 \$ (63 142 157 \$ au 31 mars 2011).

Les actifs non financiers sont constitués des immobilisations, des stocks et des frais payés d'avance ; ils s'élèvent à 6 885 884 \$ au 31 mars 2012 (6 262 886 \$ au 31 mars 2011).

Les passifs financiers correspondent à la somme des passifs à court et à long terme ; ils totalisent au 31 mars 2012 une somme de 64 555 566 \$ (66 411 984 \$ au 31 mars 2011).

	2012	2011
Variation des actifs financiers	(2 050 352 \$)	2 333 818 \$
Variation des actifs non financiers	622 998 \$	1 361 739 \$
Variation des passifs financiers	(1 856 418 \$)	3 828 822 \$
Variation des actifs financiers nets (dette nette)	(193 934 \$)	(1 495 004 \$)

NOTE 4 – EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2012, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 66 173 892 \$ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux variant entre le taux préférentiel et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 % (au 31 mars 2012, le taux est de 1,44 %, 2011 : 1,42 %), garanti par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 45 366 574 \$ du crédit n'a pas été utilisé au 31 mars 2012. La convention de crédit est présentement en négociation et a été renouvelée aux mêmes conditions jusqu'au 1er juin 2012.

NOTE 5– DETTE À LONG TERME

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

	2012	2011
Marge de crédit globale variant selon les autorisations ministérielles obtenues en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux portant intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %.		
- Enveloppes décentralisées (m/crédit)	1 126 093 \$	1 064 976 \$
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt variant entre 4,66 % et 9,82 %, est payable semestriellement.	3 764 820	4 398 177
Emprunt remboursable par versements annuels égaux de capital, échéant le 2 juin 2016. L'intérêt, au taux de 3,147 %, est payable semestriellement.	4 765 434	5 429 950
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 3 octobre 2011. L'intérêt, au taux de 5,93 %, est payable semestriellement.	-	3 411 097
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1 ^{er} décembre 2015. L'intérêt, au taux de 6,31 %, est payable semestriellement.	2 676 254	3 066 153
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1 ^{er} décembre 2016. L'intérêt, au taux de 3,835 %, est payable semestriellement.	1 493 226	1 555 444
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1 ^{er} décembre 2016. L'intérêt, au taux de 3,835 %, est payable semestriellement.	1 435 757	1 546 200
	2012	2011
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 2 juin 2016. L'intérêt, au taux de 2,929 %, est payable semestriellement.	1 407 329	1 465 968
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1 ^{er} décembre 2011. L'intérêt, au taux de 4,21 %, est payable semestriellement.	-	2 782 233
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1 ^{er} mars 2014. L'intérêt, au taux de 4,38 %, est payable semestriellement.	3 994 478	4 260 674
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1 ^{er} mars 2014. L'intérêt, au taux de 4,38 %, est payable semestriellement.	598 783	686 509
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1 ^{er} décembre 2014. L'intérêt, au taux de 4,079 %, est payable semestriellement.	3 207 605	3 360 348

Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1 ^{er} décembre 2014. L'intérêt, au taux de 4,079 %, est payable semestriellement.		2 262 393		2 542 290
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1 ^{er} juin 2033. L'intérêt, au taux de 5,004 %, est payable semestriellement.		1 309 636		1 369 165
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1 ^{er} juin 2018. L'intérêt, au taux de 2,406 %, est payable semestriellement.		2 488 986		-
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1 ^{er} juin 2018. L'intérêt, au taux de 2,406 %, est payable semestriellement.		5 472 129		-
Tranche échéant à moins d'un an				
- Marge de crédit - env. déc.		(1 126 093)		(1 064 976)
- Portion de la dette à long terme		(3 659 472)		(8 958 492)
TOTAL		<u>31 217 358 \$</u>		<u>26 915 716 \$</u>

Les remboursements en capital de la dette long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2012		3 659 472
2013		7 596 630
2014		7 593 032
2015		3 480 230
2016		6 596 342
		<u>28 925 706 \$</u>

NOTE 6 – RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) 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 1^{er} janvier 2012, le taux de cotisation pour le RREGOP est de 8,94 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE de 12,30 %.

NOTE 7 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 11 juillet 2018 pour des locaux administratifs et des biens loués.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2012 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 1 232 040 \$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2013		1 250 745
2014		1 323 877
2015		1 327 011
2016		1 327 011
2017		1 327 011
2018 et subséquentes		<u>1 694 212</u>
		8 249 867 \$

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

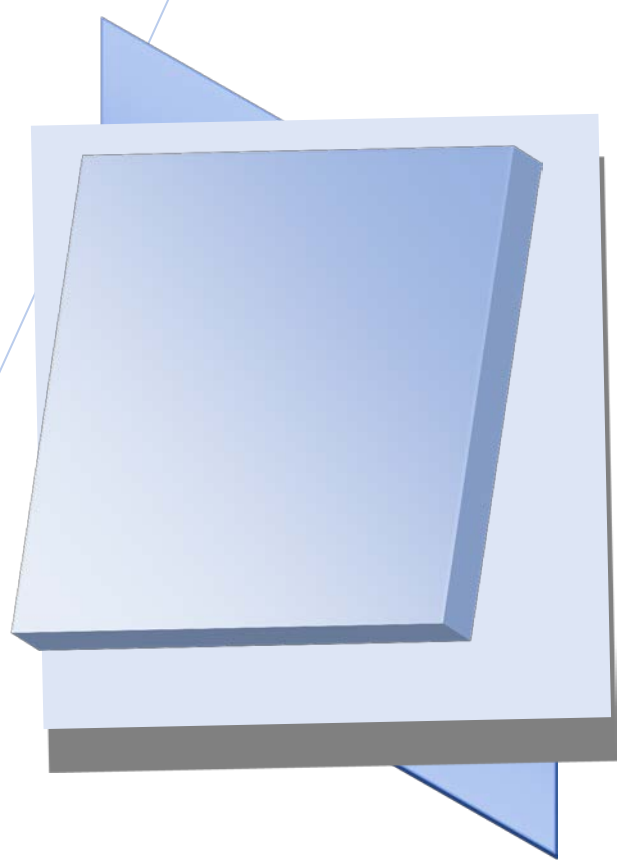
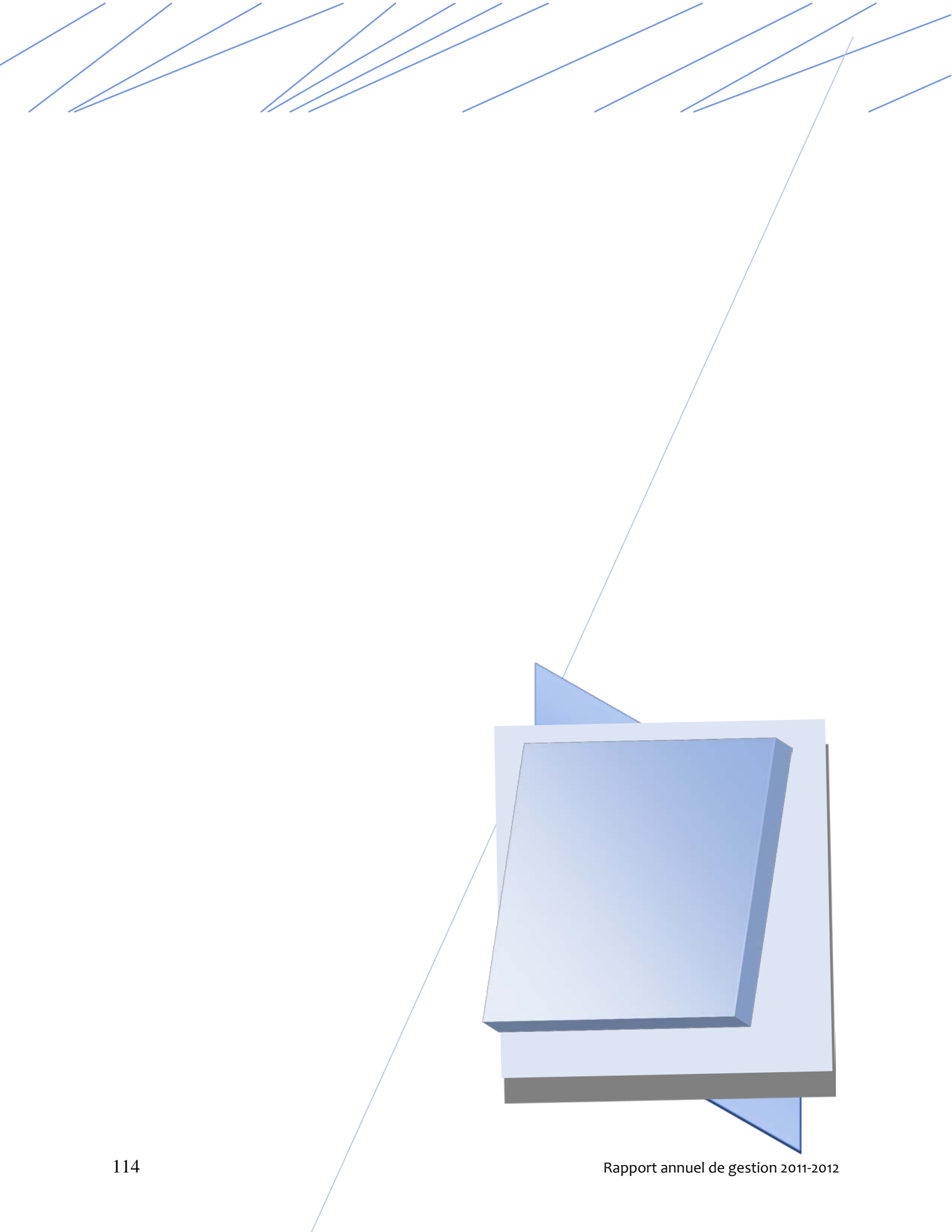
2013		70 000 \$
2014		40 000 \$
2015		20 000 \$

Dans le cadre du Plan d'action Santé Outaouais, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes spéciales d'installation à des médecins afin de favoriser le recrutement d'effectifs médicaux dans des spécialités en grave pénurie.

2013		40 000 \$
2014 et subséquentes		100 000 \$

NOTE 8 – OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

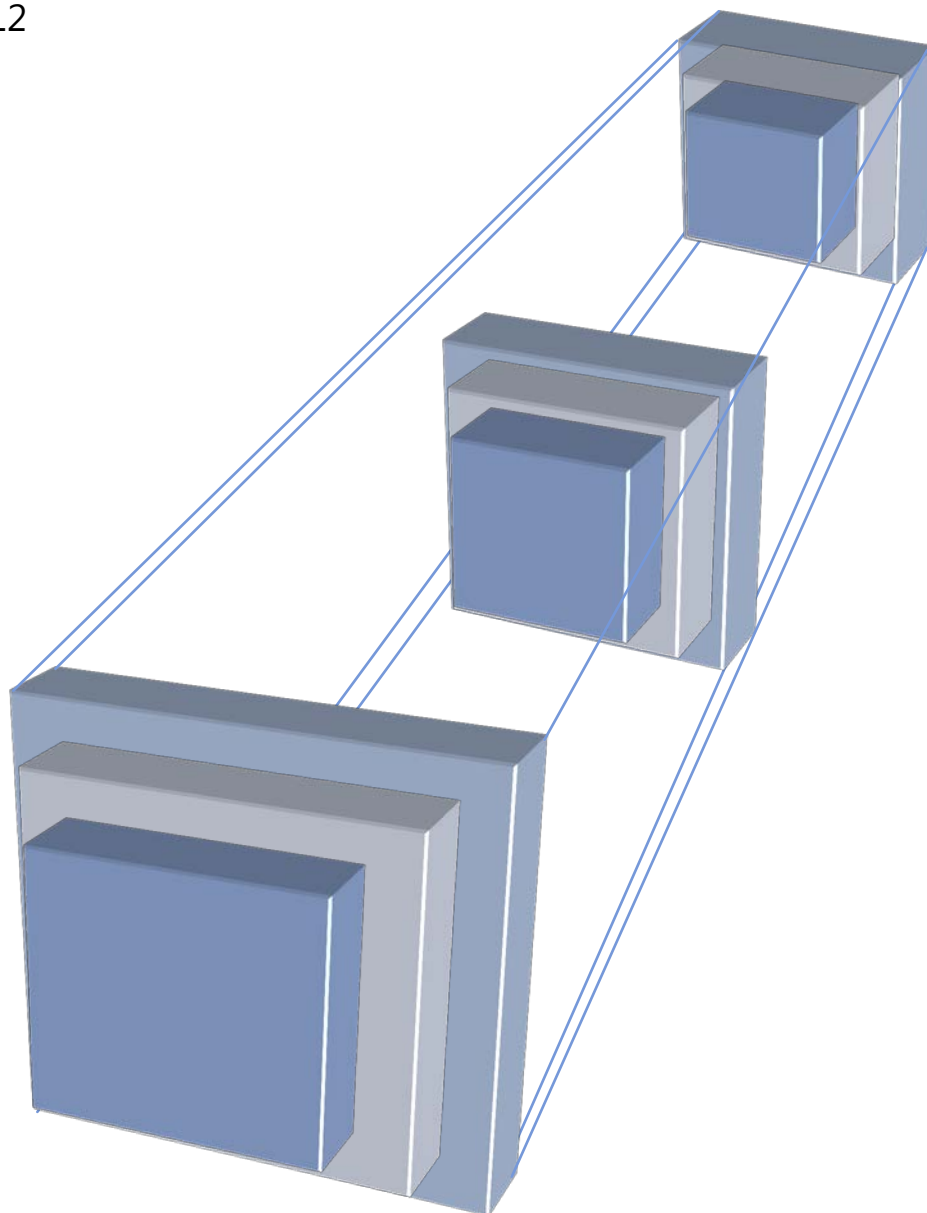
En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel aux pages 801 et 803, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou 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.




ANNEXE I

FICHES DE REDDITION DE COMPTES ET D'IMPUTABILITÉ

RÉSULTATS 2011-2012





Le président-directeur général de l'Agence a signé une entente de gestion et d'imputabilité avec le Ministère pour l'année 2011-2012. Cette entente a été déposée au CA de l'Agence.

Concernant les ententes de gestion avec les établissements publics de la région, des ententes ont également été signées pour l'exercice 2011-2012. Ces ententes ont été déposées au MSSS.

Mentionnons que ces ententes s'inscrivent dans un contexte d'une année de transition et qu'elles trouvent leur sens dans la ferme volonté du réseau d'assurer la continuité du processus des ententes de gestion et d'imputabilité mis en place il y a plusieurs années. Le suivi des ententes de gestion s'est concrétisé par la production d'un bilan à la période 13 par l'Agence et par les établissements

NOTES AU LECTEUR

- »»» **CIBLES 2011-2012** : Engagement déboursé tel qu'inscrit à l'entente de gestion 2010-2011 signée avec le Ministère.
- »»» **RÉSULTATS 2011-2012** : Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13
- »»» **RÉSULTATS 2010-2011** : Données inscrites dans la fiche de reddition de comptes de 2010-2011 apparaissant dans le rapport annuel de gestion de l'Agence à moins d'une note à l'effet contraire.

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 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais :

- »»» présentent les indicateurs, les cibles 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 2011-2012.

Signé à Gatineau le 6 juin 2012

Nom :



Titre : Président-directeur général

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

Axe d'intervention :	Les priorités régionales –Santé publique		
Objectifs de résultats	Augmentation des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance		
Indicateurs	Résultats ¹ 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats ² 2011-2012
1.01.12-EG2 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	58 %	Augmentation	68,8 %
1.01.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	71,9 %	Augmentation	81,4 %
1.01.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	53,2 %	Augmentation	68,8 %
1.01.16.01 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons(RRO) dans les délais	N/A	Augmentation	69,0 %
<i>Commentaires</i>			
<p><u>Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance</u> La cible 2011-2012 pour cet indicateur est atteinte. Les résultats sont supérieurs à plus de 10 % comparativement à l'an passé. Pour 2012-2013, l'engagement régional passera à 80 %.</p> <p><u>Vaccination dans les délais</u> La cible 2011-2012 est atteinte. L'augmentation représente plus de 10 % pour les trois indicateurs. En 2012-2013, l'engagement sera de 85 %.</p>			
Nom : Hélène Dupont, directrice de Santé publique		Date : 31 mai 2012	
<p>1. Résultats P-13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2010-2011 2. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)</p>			

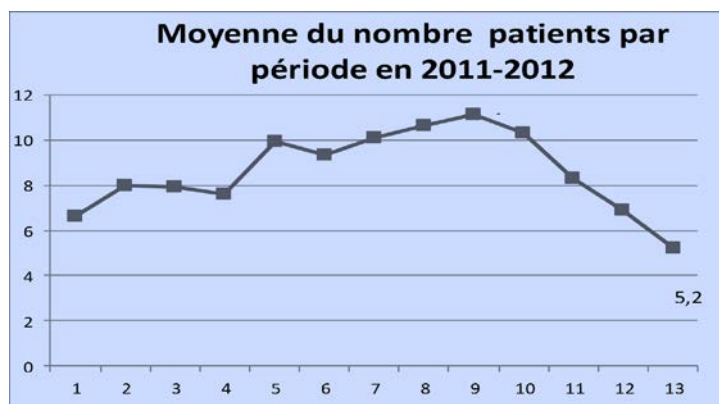
Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : **Les priorités régionales – Les urgences**

Indicateurs	Résultats ¹ 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats ² 2011-2012
4.01.01 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	3,14	3	1,8
4.01.02 Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs et occupant des lits de courte durée	0,57	3	0,3
4.01.03 Nombre moyen de patients en attente de convalescence et occupant des lits de courte durée	0,01	3	0
4.01.04 Nombre moyen de patients en attente de réadaptation et occupant des lits de courte durée	0,30	3	0,5
4.01.05 Nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	4,96	3	8,6
4.01.06 Nombre moyen de patients en attente de ressources non-institutionnelles occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	2,83	3	1,6
4.01.07 Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	0,10	3	0,2

Commentaires

Pour chacun des indicateurs 4.01.01 à 4.01.07, le nombre moyen de patients doit être inférieur à 3. À la lumière des résultats, nous pouvons constater que l'engagement régional est atteint pour six des sept indicateurs susmentionnés. Concernant l'indicateur 4.01.05 qui concerne le nombre de patients en attente d'un CHSLD, quatre CSSS sur les cinq CSSS de la région contribuent au résultat supérieur à la cible. Toutefois, le tableau ci-dessous indique pour les patients en attente d'un CHSLD et occupant des lits de courte durée, une amélioration des résultats à partir de la P-9 où le nombre moyen de patients régionalement passa de 11,1 personnes à 5,2 personnes. Les efforts pour trouver des solutions commencent à donner des résultats. Le tableau ci-dessous démontre ce phénomène :



Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation de services

Date : 31 mai 2012

1. Résultats P-13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2010-2011

2. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012			
Axe d'intervention :		Les priorités régionales – Les urgences	
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹ 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats² 2011-2012</i>
4.01.08 Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	8,3 %	5 %	7,37 %
<i>Commentaires</i>			
<p>Tel que signé dans l'entente de gestion et d'imputabilité entre le Ministère et l'Agence en 2011-2012, le taux de déclaration en hébergement à partir des CHSGS devait se situer à moins de 5%. L'engagement régional pour cet indicateur n'est pas atteint mais s'est légèrement amélioré.</p> <p>Durant l'année, des efforts ont été faits afin de trouver des solutions pour réduire le taux de déclaration en hébergement. En 2012-2013, le déploiement de l'approche gériatrique et la consolidation des continuums de services permettront d'améliorer davantage ce secteur.</p>			
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation de services		Date : 31 mai 2012	
<p>1. Résultats P-13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2010-2011</p> <p>2. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)</p>			

Fiche de reddition de comptes 2011-2012		
Axe :	MESURES D'OPTIMISATION	
Sujet	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012
La téléphonie IP	Élaborer le plan d'affaires, coordonner la migration, assurer la mise en œuvre et identifier les bénéfices régionaux.	Dépôt le 2011-11-01 du plan régional d'optimisation de la téléphonie. Identification des systèmes à risque. Plan d'action pour réduire les risques.
La téléphonie cellulaire	Assurer la mise en œuvre de la politique cadre, établir les besoins de la région, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices.	Dépôt le 2012-03-31 du bilan de la consommation cellulaire.
La visioconférence	Coordonner la migration régionale, assurer la mise en œuvre, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices.	Prise en charge des responsabilités régionales de coordination de la visioconférence le 2012-07-31. Migration des stations existantes complétée.
Le courrier électronique	Élaborer le plan de migration, gérer le projet, assurer la fermeture des infrastructures actuelles, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices.	Dépôt le 2012-03-31 du plan d'allocation des ressources, l'inventaire des applications, des bénéfices réalisés et du bilan de la mise en œuvre de la politique cadre.
La gestion du parc des postes de travail	Élaborer le plan triennal, gérer le projet, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices.	Dépôt le 2011-12-01 du plan régional d'optimisation du parc de des postes de travail. Dépôt, le 2012-02-16 du cadre régional de gestion du maintien des actifs informationnels, arrimé aux objectifs d'optimisation du parc.
Le regroupement des centres de traitement de données	Élaborer le plan régional de regroupement, gérer le projet, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices.	Dépôt le 2011-11-11 du plan régional de regroupement des centres de traitement.
<i>Commentaires</i>		
<p>Pour les six projets d'optimisation concernant les ressources informationnelles, les cibles régionales 2011-2012 sont atteintes.</p> <p>Téléphonie cellulaire : En attente de la politique cadre du MSSS.</p> <p>Courrier électronique : En attente du résultat de l'appel d'offres provincial.</p> <p>Gestion du parc des postes de travail : En attente de la politique cadre du MSSS.</p>		
Nom : André Charrette, directeur des Ressources informationnelles		Date : 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012		
Axe :	MESURES D'OPTIMISATION	
Sujet	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012
L'énergie	Collaborer à l'élaboration et à la mise en place du plan d'action du ministère. Préparer des plans d'action régionaux en regard de l'efficacité énergétique et des gaz à effet de serres.	Un projet d'efficacité énergétique réalisé visant à améliorer la performance énergétique et à réduire le recours aux carburants fossiles en augmentant entre autre le recours aux énergies renouvelables.
L'approvisionnement en commun	Analyser le pourcentage d'approvisionnement en commun dans la région	L'augmentation du niveau d'approvisionnement en commun a permis de générer des économies pour les établissements de la région
La rationalisation et la mise en commun de processus administratifs	Révision du processus de paie; Révision du processus d'achat, messagerie et transport Révision du processus de formation	Analyse des processus et mise en place des actions d'optimisation en cours de réalisation
La réduction de la main-d'œuvre indépendante	Collaborer à la mise en œuvre régionale des pistes mises de l'avant par le comité national	Voir objectif 5.1.6
La réduction du temps supplémentaire	Mettre en œuvre les mesures d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre.	Voir objectif 5.1.5
La gestion de la présence au travail	Soutenir les actions du chantier d'optimisation régional sur la présence au travail.	Voir objectif 5.2.1
<i>Commentaires</i>		
<p>L'énergie Concernant les projets sur l'efficacité énergétique, la cible est atteinte. En 2011-2012, un CSSS a réalisé un projet comprenant 4 CHSLD et 3 CLSC au coût de 4,6 M\$.</p> <p>La rationalisation et la mise en commun des processus administratifs et la révision des processus de paie La révision des processus de paie, d'achat, de messagerie et de transport sont en cours de réalisation. En 2012-2013, il est prévu de discuter avec d'autres régions du Québec des processus similaires analysés. Ensuite, il faudra analyser les processus retenus pour de meilleurs résultats et déterminer les moyens d'obtenir des économies potentielles. Quant à la révision des processus de formation, un comité de travail a élaboré un guide de gestion et est à créer une bibliothèque virtuelle des différents outils utilisés par les établissements de la région.</p>		
Nom : Denis Chénier, directeur de la Gestion des ressources		Date : 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012		
Axe :	MESURES D'OPTIMISATION	
Sujet	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012
Les services Info-santé 811	Collaborer à la transformation. Présenter le plan de gestion des RH selon les orientations retenues par le MSSS.	État de situation de la centrale Info-santé réalisé. Échanges avec la région des Laurentides réalisés.
<i>Commentaires</i>		
L'engagement 2011-2012 a été réalisé. Le dossier « Services Info-santé 811 » est actualisé selon les orientations du MSSS soumises en novembre dernier. Régionalement, il est convenu d'atteindre un coût unitaire de 22 \$ par appel. De plus, l'organisation des services sera revue à la lumière du cadre de gestion à venir en 2012.		
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation de services		Date : 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012		
Axe :	MESURES D'OPTIMISATION	
Sujet	<i>ACTIONS RÉGIONALES</i>	<i>ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012</i>
La clientèle SAD (PALV/DP/DI/TED)	Répartir les cibles entre les établissements. Élaborer le plan d'action.	Cible répartie entre les établissements. Dépôt du plan d'action.
<i>Commentaires</i>		
<p>Au cours de l'exercice financier, plusieurs actions ont été entreprises par les cinq CSSS et par l'Agence afin d'optimiser les heures de services de SAD longue durée rendues à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépôt du tableau de productivité à la P-7 à chaque CSSS • Identification de trois centres d'activités à prioriser pour la région (soins infirmiers SAD, aide à domicile, ergothérapie/physiothérapie à domicile) • Activité de compréhension commune des défis associés aux travaux d'optimisation • Session d'information sur la révision de l'organisation du travail <p>Les activités prévues en 2012-2013 sont, entre autres, le partage des meilleures pratiques, le suivi régulier des actions/résultats identifiés dans les plans de mise en œuvre locaux 2012-2013 et le bilan et révision du cadre de référence en SAD.</p>		
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation de services		Date : 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012		
Axe :	MESURES D'OPTIMISATION	
Sujet	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012
L'inscription aux guichets d'accès	Mise en place des guichets d'accès, diffusion des coordonnées et inscription de toutes les clientèles.	Tous les CSSS de la région 07 ont un guichet d'accès à un médecin de famille pour la clientèle orpheline. Tous les CSSS de la région 07 ont diffusé les coordonnées et les informations concernant les guichets d'accès aux médecins de famille à la population par l'entremise d'Info Santé 8-1-1. Inscription de toute la clientèle (P1 à P5) dans le guichet d'accès réalisé.
Déploiement des GMF	Mobilisation médicale	Deux GMF sont en développement
Commentaires		
<p>Guichets d'accès Les trois engagements 2011-2012 ont été réalisés. Ainsi, tous les CSSS de la région de l'Outaouais ont maintenant un guichet d'accès pour la clientèle orpheline de médecin de famille. La population peut obtenir les coordonnées et les informations concernant les guichets d'accès aux médecins de famille par l'entremise d'info santé 8-1-1 et toutes les clientèles ayant les priorités de 1 à 5 (P1 à P5) sont inscrites dans le guichet d'accès. En 2012-2013, les coordonnées des guichets d'accès seront accessibles dans l'ensemble des points de services des CSSS ainsi que dans l'ensemble des cliniques médicales du territoire.</p> <p>Déploiement des GMF Quant au développement d'un GMF, l'objectif de mobiliser un groupe de médecins afin qu'ils adhèrent à la pratique en GMF est atteinte. En effet, deux GMF sont présentement en développement et leur accréditation devrait être effective d'ici décembre 2012. Pour plus de détails voir objectif 2.1.2.</p>		
Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales		Date : 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012																							
Axe :	MESURES D'OPTIMISATION																						
Sujet	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012																					
Accès aux services spécialisés de chirurgie	Stratégie et /ou plan d'action pour atteindre les objectifs.	90 % des patients opérés à l'intérieur de 6 mois (indicateur 1.09.20) Aucune personne sur la liste d'attente de plus de 12 mois (indicateur 1.09.32)																					
Commentaires																							
<p>Indicateur 1.09.20 : Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie : Voir objectif de résultat 3.1.3</p> <p>Indicateur 1.09.32 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an. La cible 2011-2012 est atteinte ou presque atteinte pour les demandes de chirurgies pour une arthroplastie totale de la hanche, pour une chirurgie de la cataracte et pour une arthroplastie du genou. La cible 2011-2012 n'est pas atteinte pour une CDJ ou pour une chirurgie avec hospitalisation.</p> <p style="text-align: center;">Nombre de demandes en attente depuis plus d'un an en 2010-2011 et en 2011-2012</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">2010-2011¹</th> <th style="text-align: center;">2011-2012¹</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche (PTH)</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou (PTG)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte</td> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une CDJ</td> <td style="text-align: center;">479</td> <td style="text-align: center;">129</td> </tr> <tr> <td>Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation</td> <td style="text-align: center;">51</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">547</td> <td style="text-align: center;">141</td> </tr> </tbody> </table> <p>Toutefois, le nombre de demandes en attente de plus d'un an a été réduite de 406 demandes en 2011-2012 comparativement à 2010-2011 grâce à plusieurs mesures (voir tableau). De plus, en 2011-2012, les zones franches ont été mises en place dans l'Outaouais pour les chirurgies électives et qui ne nécessite pas d'hospitalisation. En 2012-2013, il est prévu de revoir les processus et d'évaluer la faisabilité d'un centre régional de gestion des rendez-vous en CDJ et pour la chirurgie générale.</p>				2010-2011 ¹	2011-2012 ¹	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche (PTH)	0	0	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou (PTG)	1	3	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	16	1	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une CDJ	479	129	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	51	8		547	141
	2010-2011 ¹	2011-2012 ¹																					
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche (PTH)	0	0																					
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou (PTG)	1	3																					
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	16	1																					
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une CDJ	479	129																					
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	51	8																					
	547	141																					
Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales	Date : 31 mai 2012																						
1. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)																							

Fiche de reddition de comptes 2011-2012		
Axe :	MESURES D'OPTIMISATION	
Sujet	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012
Accès aux services d'endoscopie	Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s). Mise en place de centrale(s) de RD. 2 ^e offre au patient.	État de situation sur l'attente en endoscopie dans la région (réalisé).
Accès aux services d'imagerie	Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s). Mise en place de centrale(s) de RD.	Niveau d'atteinte du plan d'action provincial Étude de faisabilité de la: -mise en place de la requête WEB -mise en place de centrale(s) de RD (non réalisé)
<i>Commentaires</i>		
<p><u>Accès aux services d'endoscopie</u> Le portrait régional est réalisé et les travaux d'épuration des listes d'attente sont en cours dans le CSSS.</p> <p><u>Accès aux services d'imagerie</u> Le projet de gestion des requêtes d'IM par la centrale de rendez-vous du CSSS de Gatineau n'a pas démarré et la mesure et gestion périodique de l'attente est partiellement en vigueur au CSSS de Gatineau.</p>		
Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales		Date : 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012		
Axe :	MESURES D'OPTIMISATION	
Sujet	<i>ACTIONS RÉGIONALES</i>	<i>ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012</i>
Accès au continuum de services AVC	Participer à la désignation des centres tertiaires et à la mise en place des corridors de services.	Mise en place de corridors de services
Accès au continuum de services de cardiologie	Participer à la définition et la mise en place des corridors de services.	90% d'atteinte du plan d'action régional du continuum de soins pour la prise en charge des patients avec IAMEST
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Soutien à l'organisation de services et participer à la définition et la mise en place des corridors de services.	Dresser un état de situation sur l'inventaire des services en douleur chronique dans la région.
<i>Commentaires</i>		
<p><u>Services AVC</u> La cible 2011-2012 n'est pas atteinte. Le MSSS viendra faire en 2012-2013 la présentation du continuum AVC et des travaux régionaux seront entrepris par la suite.</p> <p><u>Services de cardiologie</u> La cible 2011-2012 est atteinte pour la phase I. Concernant la phase II, les résultats préliminaires sont connus par les CSSS concernés : CSSS de Gatineau, CSSS de Papineau, CSSS du Pontiac et CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau.</p> <p><u>Services pour la douleur chronique</u> La cible 2011-2012 en voie d'être atteinte. Un établissement de la région, le CRR La RessourSe est ouvert à l'idée d'être désigné à titre de centre régional en expertise de la douleur chronique. Un portrait de continuum des services leur sera présenté en collaboration avec le RUIS McGill. dans les prochains mois. Des démarches sont en cours pour évaluer la faisabilité du projet.</p>		
Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales		Date : 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012		
Axe :	MESURES D'OPTIMISATION	
<i>Sujet</i>	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012
Configuration des services médicaux	Collaboration et dépôt du PREM en spécialité 2012-2015.	Préparation et dépôt du plan de déploiement des effectifs médicaux.
Laboratoires	Collaboration à l'opération provinciale.	Révision de l'organisation des services de laboratoires en lien avec les orientations ministérielles.
Traumatologie	Soutenir l'évolution du processus d'optimisation. Participer à l'implantation des orientations qui en découlent.	Implantation des orientations pour l'Outaouais - à venir
<i>Commentaires</i>		
<p><u>Configuration des services médicaux</u> L'engagement 2011-2012 est atteint. Le plan de déploiement des effectifs médicaux a été déposé au MSSS. Il est à noter que le MSSS fera une révision annuelle de la planification quinquennale des PREM afin d'ajuster les besoins de services. Le prochain ajustement possible est prévu pour 2013.</p> <p><u>Laboratoires</u> L'engagement 2011-2012 concernant la révision du modèle de l'organisation des services est atteint. Des démarches sont en cours afin de mettre à jour l'offre régionale de services actuelle et un plan d'action est en voie de réalisation. Le portrait régional des services de biologie médicale est en train de se finaliser. Le portrait régional de l'offre de service pour les laboratoires de biologie médicale et le plan d'action seront acheminés au MSSS prochainement. Lors de la prochaine rencontre du comité régional OPTILAB prévue en juin 2012, le médecin responsable sera présent et les discussions débiteront sur la pertinence des analyses.</p> <p><u>Traumatologie</u> L'engagement 2011-2012 n'est pas atteint. Une visite de l'INESSS et une présentation des indicateurs de performance est prévue en mai 2012. La région de l'Outaouais n'est pas visée par la révision de la désignation des établissements.</p>		
Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales		Date : 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012		
Axe :	MESURES D'OPTIMISATION	
Sujet	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012
L'accès aux services de santé mentale à la population	Niveau d'atteinte du plan d'optimisation. Dépôt du plan visant l'accessibilité, la hiérarchisation et la mise en place de corridors de services.	Nombre de corridors de services et d'équipe(s) mis en place. État de situation sur les corridors de services et équipes mis en place vs les cibles du MSSS
L'accès aux services de psychiatrie légale	Appui à la mise en place du réseau hiérarchisé.	Collaborer à la mise en place d'un réseau hiérarchisé.
<p><u>Accès aux services de santé mentale</u> L'engagement 2011-2012 est atteint. Un état de situation est réalisé sur les équipes de première et de deuxième lignes. En 2012-2013, un suivi est prévu de la mise en œuvre des plans d'actions menant à l'actualisation de la mission régionale en santé mentale au CSSS de Gatineau.</p> <p><u>Accès aux services de psychiatrie légale</u> L'engagement n'est pas atteint car l'Agence est en attente des travaux complémentaires du MSSS.</p>		
Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales		Date : 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe :	Ententes de gestion 2011-2012 – Attentes du PDG au regard du réseau régional
Sujets	Résultats 2011-2012
<p>1- Mettre en œuvre le plan d'intégration du CH Pierre Janet au CSSS de Gatineau</p> <p>Assurer la mise en place des mesures et le soutien aux travaux ayant un effet sur l'amélioration de l'offre régionale de services de santé mentale</p> <p>Contribuer à l'identification et la mise en place des mesures structurantes dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urgences-coordination des admissions - Continuum des soins et des services - Coordination des actions avec les partenaires 	Réalisé
<i>Commentaires</i>	
<p>Tel que prévu, l'intégration du CH Pierre-Janet au CSSS de Gatineau a été réalisée à compter du 29 janvier 2012. Les travaux préalables menant à l'intégration ont débuté en mai 2011 et ont été pilotés par deux instances (comité de gouverne et comité de pilotage) impliquant les deux établissements et l'Agence. Les travaux préparatoires ont été basés sur des principes directeurs adoptés par les trois organisations en juin 2011 et consignés dans une entente administrative tripartite. M. Roger Paquet, facilitateur de la démarche a piloté ces instances, ainsi que quatre grands chantiers relevant du comité de pilotage : organisation des services, ressources médicales, ressources humaines et services administratifs. Des plans de travail et de suivi ont été développés et mis en œuvre. Un suivi continu de ces plans assurera leur finalisation.</p> <p>Tel que défini dans l'entente administrative, une instance de suivi et d'accompagnement, le Comité de vigie, a été mis en place et assurera à compter de février 2012 le suivi de l'évolution de l'intégration et le respect des principes directeurs et des dispositions de l'entente administrative sur une période de transition estimée de 3 ans, jusqu'en mars 2015.</p> <p>Sur le plan des partenariats, la Table des directrices générales et directeurs généraux a été impliquée et un portrait a été élaboré de l'offre de services de santé mentale avec la collaboration des CSSS et des établissements régionaux. Un Forum régional sur la mission régionale en santé mentale a eu lieu le 23 février 2012, impliquant l'ensemble des partenaires, en vue de convenir de l'évolution à venir de l'offre de services régionaux.</p>	
Nom : Dr Guy Morissette, président-directeur général	Date : 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe :	Ententes de gestion 2011-2012 – Attentes du PDG au regard du réseau régional
<i>Sujets</i>	<i>Résultats 2011-2012</i>
<p>2- Améliorer les services d'urgence dans la région :</p> <p>Assurer une intervention immédiate auprès des directions générales lorsque pertinent pour corriger les situations problématiques.</p> <p>Revoir les processus (amont et aval) des salles d'urgence et mettre en place les mesures structurantes pour répondre aux engagements convenus dans l'entente de gestion 2011-2012.</p>	Réalisé et reconduit pour 2012-2013
<i>Commentaires</i>	
<p>Un suivi quotidien est effectué auprès du CSSS de Gatineau et du CSSS de Papineau. L'Agence assure un suivi auprès des autres CSSS au besoin afin de leur donner le soutien nécessaire pour corriger les situations problématiques.</p> <p>Des rencontres ont été effectuées avec les représentants des CSSS afin de discuter de la problématique des urgences et de faire le suivi sur les projets de désengorgement des urgences en cours ou à venir. Une instance a été créée à l'Agence (Comité de coordination régional des urgences – CCRDU) qui regroupe les acteurs régionaux cruciaux à la gestion des urgences. L'Agence a développé un tableau de bord afin de suivre de près plusieurs indicateurs en rapport avec les urgences et l'Agence demande aux CSSS de fournir certaines données qu'ils se servent pour faire le suivi de leurs urgences.</p> <p>Pendant la dernière année, l'accent a été mis sur le CSSS de Gatineau, car cet établissement éprouve de difficultés dans la gestion des urgences. Une table exécutive bipartite (Agence-CSSS) a été créée et des échanges/rapports se tiennent aux 2 semaines. L'Agence a soutenu la direction dans la mise en place de plusieurs projets, entre autres la mise en place d'unités d'hospitalisation brèves, mise en place d'une unité de courte durée en gériatrie à Gatineau, augmentation de l'accessibilité à la médecine de jour à Hull, etc.</p> <p>Plusieurs autres projets au CSSS de Gatineau sont en cours ou verront le jour au cours de la prochaine année.</p>	
Nom : Dr Guy Morissette, président-directeur général	Date : 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe :	Ententes de gestion 2011-2012 – Attentes du PDG au regard du réseau régional
<i>Sujets</i>	<i>Résultats 2011-2012</i>
3- Favoriser les meilleures pratiques de gestion dans les établissements et mettre en œuvre des projets LEAN	Réalisé
<i>Commentaires</i>	
<p>Tel que convenu dans le plan d'action régional 2011-2012 de la planification stratégique régionale, tous les établissements de la région ont démarré ou ont été impliqués dans plusieurs projets structurants d'optimisation, incluant les projets nationaux régionalisés. Un cadre régional de gestion et de coordination de la démarche d'optimisation a été entériné par la Table des directrices générales et des directeurs généraux en mai 2011 et adopté par le CA de l'Agence. Une première recension de projets locaux et régionaux a permis d'identifier plus de 30 initiatives en cours. Un comité de la Table des DG mandaté pour piloter la démarche a été mis en place à l'automne 2011.</p> <p>Plusieurs établissements, dont le CSSS de Gatineau, ont amorcé l'intégration de l'approche Lean dans leurs façons de faire. Un établissement a soumis sa candidature à l'appel d'offres ministériel pour le choix de trois établissements vitrines, mais celle-ci n'a pas été retenue.</p> <p>Cinq établissements ont démarré ou réalisé en 2011-2012 un projet Lean (SAD, production globale, bloc opératoire, etc.), et tous les établissements prévoient réaliser au moins un projet Lean en 2012-2013. Plusieurs ont offert des formations Lean à leur équipe de gestion et l'Agence a organisé des sessions d'appropriation Lean aux gestionnaires de l'Agence et à ceux des autres établissements.</p>	
Nom : Dr Guy Morissette, président-directeur général	Date : 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	Prévention dans les continuums de services		
Objectifs de résultats	1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)		
	1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ infections transmissibles sexuellement et par le sang ▪ habitudes de vie et maladies chroniques ▪ chutes chez les personnes âgées ▪ suicide 		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats 2011-2012</i>
1.01.20 Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP)	83,7 % ¹	85 %	N/D
1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	83,3 % ²	85 %	N/D
<i>Commentaires</i>			
<p>Programme national de santé publique (PNSP)</p> <p>En 2010-2011, la cible de 85 % était presque atteinte. Par conséquent, la cible 2015 est elle aussi presque atteinte, puisqu'elle est établie à 85 %. Une évaluation de l'implantation du PNSP 2008-2012 a été réalisée par le MSSS en 2011 et une prochaine évaluation sera réalisée en 2013.</p> <p>N.B. Rappelons qu'en 2008-2009 le nombre moyen d'implantation des activités était de 72,8 % ce qui démontre un progrès significatif pour 2010-2011. L'intensité de l'implantation des activités se poursuit.</p> <p>Les activités du Plan d'action local (PAL) et du plan d'action régional (PAR) se sont poursuivies durant toute l'année.</p> <p>Pratiques cliniques préventives (PCP)</p> <p>En 2011-2012, les orientations régionales ont été diffusées. Les mécanismes de soutien à l'implantation des PCP priorisées se poursuivent, notamment par des formations en entretien motivationnel et l'identification et la planification d'un projet-pilote. En 2012-2013, il est prévu de faire un accompagnement d'un milieu clinique pilote afin d'optimiser les déploiements de PCP existantes et de nouvelles PCP. Pour cet indicateur, la prochaine évaluation se fera en 2013.</p>			
Nom : Hélène Dupont, directrice de Santé publique		Date : 31 mai 2012	
<p>1. Résultats P-13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2010-2011</p> <p>2. Questionnaire sur les stratégies utilisées pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, avril 2011</p>			

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	Services médicaux et infirmiers		
Objectifs de résultats	2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)		
	2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats 2011-2012</i>
1.09.25 Nombre total de groupe de médecins de famille implantés	10 GMF	Augmentation de 1 GMF	2 nouveaux GMF en développement
3.07 Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisée et offrant des services de première ligne	4 IPS	8 IPS	7 IPS ¹
<i>Commentaires</i>			
<p>Groupes de médecins de famille L'objectif de mobiliser un groupe de médecins de famille (GMF) afin qu'ils adhèrent à la pratique en GMF est atteinte. En effet, deux GMF sont présentement en développement et leur accréditation devrait être effective d'ici décembre 2012.</p> <p>L'Agence supporte les médecins dans le développement de leur GMF et suit de près l'évolution en facilitant les actions à poser afin que l'accréditation soit concrétisée rapidement. De plus, pour favoriser l'accessibilité aux médecins de famille, un plan d'action a été élaboré afin de soutenir les GMF à augmenter leur nombre de personnes inscrites. La cible pour 2012-2013 est de deux GMF accrédités.</p>			
<p>IPS en soins de première ligne titularisée (IPS) La cible a été atteinte à 87,5 %. En 2011-2012, la région a fait la promotion du rôle de l'IPS-SPL dans le milieu et auprès de la population et a élaboré un plan de communication auprès des médecins de première ligne afin de bien faire connaître le rôle de l'IPS-SPL et les avantages associés à ce partenariat «IPS-SPL-médecin».</p>			
Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales		Date : 31 mai 2012	
1. Résultats en date du 30 mai 2012 dans GESTRED est de 6 IPS plus 1 IPS candidate			

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : **Services psychosociaux**

Objectifs de résultats : 2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats 2011-2012</i>
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	N/A	Amorce du plan de déploiement et plan de financement	En voie d'être réalisé
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins			

Commentaires

L'engagement 2011-2012 est en voie d'être réalisé. Durant l'année, il y a eu la recension des modèles existants et la création d'un comité élargi avec les partenaires externes.

En 2012-2013, il est prévu l'adoption du modèle d'organisation de services parmi les scénarios élaborés l'année précédente; l'élaboration du plan d'action et du projet d'implantation et finalement, la présentation du projet d'implantation pour approbation par la Table des directrices générales et des directeurs généraux des établissements du réseau.

Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation de services

Date : 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012			
Axe d'intervention :	Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer		
Objectifs de résultats	2.2.1 Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins		
	2.2.2 Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats 2011-2012</i>
Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation	N/A	Réalisé un plan de déploiement comprenant les quatre territoires	En voie d'être réalisé
Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures	N/A	Développement d'un outil afin d'améliorer la fiabilité des données	En voie d'être réalisé
<i>Commentaires</i>			
<p><u>Programme d'autogestion et de réadaptation</u> L'engagement 2011-2012 est en voie d'être réalisé. Des discussions ont été entreprises avec le CSSS de Gatineau afin d'améliorer l'accès pour leur clientèle du secteur Gatineau et par la suite développer une entente de parrainage avec le CSSS de Papineau. Des liens ont été créés entre la clinique VERS-Sa Santé du CSSS de Gatineau et les représentants des GMF afin de développer les services en diabète ainsi que l'enseignement en lien avec cette maladie. En 2012-2013, il est prévu de finaliser le plan de déploiement aux quatre territoires et d'évaluer la possibilité de mettre en place le programme d'autogestion et de réadaptation pour l'asthme et la MPOC.</p> <p><u>Infirmières pivots et délais d'attente</u> L'engagement 2011-2012 est en voie d'être réalisé. L'outil maison développé par le CSSS de Gatineau est en utilisation et l'outil ministériel est toujours en développement. Afin d'identifier les problèmes d'accès auprès de l'infirmière pivot, des données ont été recueillies pour faire l'évaluation des ressources et le portrait régional de l'accès. Le document final est en élaboration. De plus, le MSSS a déployé une étude visant à documenter la charge de travail de l'infirmière pivot en oncologie. Les résultats préliminaires sont attendus dans l'année 2012-2013.</p>			
Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales		Date : 31 mai 2012	

Fiche de reddition de comptes 2011-2012			
Axe d'intervention :	Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance		
Objectifs de résultats	2.2.3 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		
	2.2.4 Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats 2011-2012</i>
1.06.10 Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace	N/A	100 % des territoires locaux	100 % des territoires locaux
1.06.11 Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace	N/A	20 %, soit 1 territoire	Réalisé
1.06.14 Taux de signalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse	N/A	Dresser le portrait de la situation régionale et établir les mesures à mettre en place en regard de la cible pour 2015	08-09 :9 % 09-10 :12 %
1.06.13 Durée moyenne des placements *Note : « Autres placements » comprend le Belvédère et le placement d'un usager lourdement handicapé en famille d'accueil à Ottawa.	N/A		En centre de réadaptation : 53,52 jours En famille d'accueil : 326 jours Autres placements : 121 jours
1.06.12 Nombre moyen de déplacements vécus par les enfants/jeunes au cours d'une période de trois ans à compter de leur prise en charge	N/A		N/D
<i>Commentaires</i>			
<p>Les cibles 2011-2012 ont été atteintes en ce qui concerne le Programme d'intervention en négligence et le programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu. Il est à noter que le programme d'intervention en négligence (PAPFC) déployé dans les 5 territoires de l'Outaouais est un programme « jugé prometteur ». En ce sens, la région participe à l'évaluation de ce programme d'intervention en négligence (programme sans le volet « parent-soutien ») en collaboration avec une équipe de chercheurs provenant de l'UQO, de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec à Trois-Rivières.</p> <p>Concernant la réalisation du portrait de la durée moyenne de placement, la cible 2011-2012 est atteinte.</p> <p>En ce qui concerne le taux d'enfants resignalés, les données sont disponibles seulement pour les années 2008-2009 et 2009-2010. En effet, ces résultats peuvent être calculés douze mois après la fin de l'année. De plus, le taux d'enfants faisant l'objet d'une intervention de la DPJ à la suite d'un signalement peut être calculé seulement à compter du moment où les services Orientation générés par les signalements sont présents dans les données. Par conséquent, le MSSS a demandé, pour cette année, de produire les résultats pour les interventions qui se sont terminées au cours des années 2008-2009 et 2009-2010.</p> <p>Quant au nombre moyen de déplacement, les données ne sont pas disponibles. Des travaux sont en cours avec le MSSS pour développer un indicateur sur le taux de placement et de déplacement. Ces travaux sont en cours depuis environ 18 mois. Cet indicateur devrait être demandé par le MSSS vers le mois de décembre 2012.</p>			
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation de services		Date : 31 mai 2011	

Fiche de reddition de comptes 2011-2012			
Axe d'intervention :	Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance		
Objectifs de résultats	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire		
	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹ 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats¹ 2011-2012</i>
1.08.05-Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	148 personnes	245 personnes	165 personnes
1.08.06- Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	125 usagers	121 usagers	127 usagers
1.08.09-Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{ère} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	3 941 personnes	4 339 personnes	3 606 personnes
Nombre de jeunes souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{ère} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	540 jeunes	805 jeunes	462 jeunes
Nombre d'adultes souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{ère} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	3 401 adultes	3 534 adultes	3 144 adultes
Commentaires			
<p>La cible 2011-2012 est atteinte pour l'indicateur 1.08.06 concernant le suivi intensif.</p> <p>Bien que la cible pour le suivi de l'intensité variable (indicateur 1.08.05) ne soit pas atteinte, on constate un résultat supérieur en 2011-2012 comparativement à l'année précédente. Les résultats des CSSS périphériques démontrent la consolidation de la pratique SIV dans la région.</p> <p>La non-atteinte des cibles pour l'indicateur 1.08.09 est due fondamentalement aux résultats du CSSS de Gatineau. Plus spécifiquement, concernant la clientèle jeune, le changement dans la codification de l'indicateur a eu pour impact une diminution significative du nombre d'usagers compilés. De plus, durant l'année 2011-2012, le CSSS de Gatineau a été fortement impliqué dans la démarche d'intégration du CHPJ. Ce contexte d'intégration a demandé beaucoup d'énergie et d'ajustement aux équipes.</p>			
<p><u>Mesures à poursuivre ou à mettre en place en 2012-2013 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un service de thérapie unique sans RV à la clinique de santé mentale du CSSS de Gatineau; - Mise en place d'une modalité de service SI-SIV pour la clientèle « grands visiteurs » des urgences du CSSS de Gatineau; - Une analyse de la performance de l'équipe santé mentale 1^{ère} ligne jeunes du CSSS de Gatineau ; - Analyse de la recommandation du CSSS de Gatineau envisageant la mise en place d'une ressource pré-hospitalière d'urgence. Les interventions associées à ce service ambulatoire seraient compilées sous le centre d'activité 5939. <p>Les travaux du chantier de l'organisation des services dans le cadre de l'intégration du CHPJ ont mené à des recommandations qui permettront de clarifier la trajectoire de service pour la clientèle santé mentale jeunes.</p>			
Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales		Date : 31 mai 2012	

1. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance	
Objectifs de résultats	2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique	
	2.2.8 Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille	
<i>Engagements</i>	<i>Réalisée</i>	<i>Non réalisée</i>
Implantation d'un outil de Dépistage Évaluation et Besoin d'Aide (DEBA) auprès de la clientèle adulte en CSSS	X	
Formation d'au moins 60 nouveaux intervenants au Programme de formation en dépendances pour les CSSS	X	
Établir les balises relatives à l'utilisation des PSI pour les personnes ayant une déficience	X	
Mise en place d'un comité consultatif pour l'élaboration d'un outil standardisé et sa validation	X	
<i>Commentaires</i>		
<p>Utile de Dépistage Évaluation et Besoin d'Aide (DEBA) Les deux cibles 2011-2012 ont été atteintes. L'outil de Dépistage Évaluation et Besoin d'Aide (DEBA) auprès de la clientèle adulte en CSSS a été implanté. Les intervenants ont pu s'approprier cet outil dans le cadre de la <i>Formation de base en dépendances à l'intention des intervenants de CSSS</i>. À titre indicatif, 125 intervenants ont été formés sur l'ensemble du territoire de l'Outaouais depuis 2009.</p> <p>Coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience Les deux cibles 2011-2012 ont été atteintes. Suite aux travaux réalisés, un comité régional se penchant sur l'harmonisation des pratiques de PSI a été formé.</p>		
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services	Date : 31 mai 2012	

Fiche de reddition de comptes 2011-2012			
Axe d'intervention :	Réseaux de services intégrés		
Objectifs de résultats	2.3.1 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, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹ 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats² 2011-2012</i>
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les RLS	60,37 %	60 %	63,67 %
<i>Commentaires</i>			
<p>La cible 2011-2012 a été atteinte régionalement. Au cours de l'exercice financier, plusieurs actions ont été réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour de la grille OSIRSIPA deux fois par année (avril et octobre); • Poursuite des rencontres du Comité régional tactique/clinique RSIPA; • Soutien au CSSS de Papineau pour accélérer l'implantation; • Identification des outils communs à développer afin de soutenir les mesures pour rehausser le niveau d'implantation. 			
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services	Date : 31 mai 2012		
<p>1. Résultats P-13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2010-2011 2. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)</p>			

Fiche de reddition de comptes 2011-2012			
Axe d'intervention :	Adaptation des services		
Objectifs de résultats	2.3.2 Favoriser l'adoption en CH de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats 2011-2012</i>
1.03.07 Pourcentage des CH ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche gériatrique	N/A	Instaurer 4 des 4 préalables à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	Réalisé
	N/A	Procéder à un diagnostic organisationnel en regard des composantes de cette approche	Réalisé
	N/A	Initier la démarche d'implantation de l'approche selon les échéanciers ministériels	Réalisé
<i>Commentaires</i>			
La cible a été atteinte : les hôpitaux ont mis en place la majorité des composantes de l'approche adaptée. Suite à la diffusion du cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier par le MSSS, de nombreuses actions ont été déployées dans les six hôpitaux de l'Outaouais.			
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services		Date : 31 mai 2012	

Fiche de reddition de comptes 2011-2012			
Axe d'intervention :	Services de soutien à domicile		
Objectifs de résultats	2.4.2 Assurer une offre globale de service de SAD de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹ 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats¹ 2011-2012</i>
1.03.05 Nombre total d'heures de services de SAD de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS)	328 422 h	5168 heures supplémentaires équivalent à un total de 349 707 h	327 955 h
<i>Engagements</i>	<i>Réalisé</i>	<i>Non réalisé</i>	
Établir le niveau de base pour les heures SAD	X		
Identification des mesures à mettre en place afin d'atteindre les cibles 2010-2015 pour chacune des clientèles vulnérables concernées	X		
Déposer au 31/09/2011 le plan d'action	X		
Bilan de la mise en œuvre du Cadre de référence régional sur les services de SAD (2009)		X	
<i>Commentaires</i>			
Concernant l'engagement du nombre d'heures, le tableau ci-dessous démontre que l'Outaouais a atteint 94 % de la cible 2011-2012. Plus spécifiquement, trois des cinq CSSS de la région ont atteint ou presque atteint leur cible. Nombre d'heures de services de SAD longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS-Mission CLSC)			
	Cibles 2011-2012	Résultats 2011-2012	% d'atteinte
CSSS des Collines	39 243	31 464	80 %
CSSS de Gatineau	187 644	179 545	96 %
CSSS de Papineau	44 137	42 552	96 %
CSSS du Pontiac	24 227	25 777	106 %
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	54 457	48 617	89 %
Région de l'Outaouais	349 708	327 955	94 %
En 2012-2013, le comité régional OPTI-SAD mettra en application les mesures identifiées dans les plans de mise en œuvre locaux 2012-2013, ce qui permettra d'intensifier les travaux en vue de l'atteinte des résultats.			
Quant au bilan de la mise en œuvre du Cadre régional sur les services de SAD, il sera amorcé en juin 2012.			
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services		Date : 31 mai 2012	
1. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)			

Fiche de reddition de comptes 2011-2012			
Axe d'intervention :	Diversification des milieux de vie		
Objectifs de résultats	2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres)		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats 2011-2012</i>
1.03.08 Nombre de places en ressources résidentielles de proximité	N/A	Ajout de 14 places en RI-DP et 10 places en RI-DI-TED	Réalisé
<i>Commentaires</i>			
Les 14 places en RI – DP et 10 places en RI DI-TED ont été développées. La cible 2011-2012 a donc été atteinte.			
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services		Date : 31 mai 2012	

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	Services sociaux et de réadaptation
Objectifs de résultats	<p>3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹ 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats¹ 2011-2012</i>
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, en centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et en centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	100 %	90 %	80 %
1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	90,3 %	90 %	90,9 %
1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	100 %	75 %	83,8 %

Commentaires

Concernant les demandes de PRIORITÉ ÉLEVÉE et de PRIORITÉ MODÉRÉE, les cibles 2011-2012 sont atteintes. En ce qui concerne les demandes de PRIORITÉ URGENTE, la cible 2011-2012 n'est pas atteinte puisque sur les 5 demandes de niveau urgent, 4 demandes ont été desservies dans les délais exigés et une aurait été traitée dans les 5 jours suivant l'ouverture de la demande au lieu des trois jours exigés. Des mesures ont été prises pour éviter que ce genre de situation se reproduise.

Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services	Date : 31 mai 2012
--	--------------------

1. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012			
Axe d'intervention :	Services sociaux et de réadaptation		
Objectifs de résultats	3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹ 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats² 2011-2012</i>
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendances en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	58 %	20 %	70,1 %
<i>Autres</i>	<i>Réalisée</i>	<i>Non réalisée</i>	
Actualiser la trajectoire de services en dépendance	X		
Déterminer le niveau de base pour le calcul de l'augmentation suivant les consignes du MSSS	X		
<i>Commentaires</i>			
<p>Pour l'année 2011-2012, la cible prévue par le MSSS est de 20 % pour les centres de réadaptation en dépendances (CRD) du Québec avec une augmentation de 20 % par année pour atteindre 80 % en 2014-2015 (la situation de départ étant 2010-2011).</p> <p>Le Centre Jellinek est très performant quant à cette cible. Pour l'année 2011-2012, 70,1 % des usagers évalués par ce dernier le sont à l'intérieur d'un délai ne dépassant pas 15 jours ouvrables.</p>			
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services		Date : 31 mai 2012	
<p>1. Résultats P-13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2010-2011</p> <p>2. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)</p>			

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	Médecine et chirurgie
Objectifs de résultats	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹ 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats² 2011-2012</i>
1.9.20.1 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	81,4 %	90 %	93,7 %
1.9.20.2 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	79,6 %	90 %	93,7 %
1.9.20.3 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	97 %	90 %	98,3 %
1.9.20.4 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une CDJ (à l'exclusion de la chirurgie de la cataracte)	86,4 %	90 %	87,1 %
1.9.20.5 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation (à l'exclusion de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou)	91,7 %	90 %	93,2 %

Commentaires

Chirurgies ciblées (arthroplasties de la hanche, arthroplastie du genou et chirurgies de la cataracte.
 Les cibles d'accessibilité établies visaient à ce que 90 % des patients soient opérés à l'intérieur de 6 mois.
 Les résultats pour l'année 2011-2012 démontrent une nette amélioration comparativement à 2010-2011 ainsi que l'atteinte des engagements.

Chirurgies d'un jour et chirurgies avec hospitalisation.

La cible a été atteinte pour les chirurgies avec hospitalisation et non atteinte pour les chirurgies d'un jour.
 Dans le but de corriger la situation, des zones franches ont été mises en place pour les chirurgies électives et qui ne nécessitent pas d'hospitalisation.

Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales

Date : 31 mai 2012

1. Résultats P-13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2010-2011

2. Résultats P-13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2010-2011

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	<i>Médecine et chirurgie</i>
Objectifs de résultats	3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis
	3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats' 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultat' 2011-2012</i>
1.09.08a Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie-Catégorie A	97,93 %	99 %	99,54 %
1.09.08b Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie-Catégorie B	99,74 %	90 %	100 %
1.09.07 Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	98,3 %	90 %	100 %
1.09.33 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai de 28 jours ou moins (de calendrier)	71,2 %	90 %	70,5 %

Commentaires

Hémodynamie :

Les cibles 2011-2012 sont atteintes. Cet indicateur permet de mesurer la capacité du système à fournir l'accès aux services en accord avec le degré d'urgence des demandes. Ceci signifie que 863 clients sur 867 de la catégorie A ont été traités dans les délais établis (P1: Immédiat; P2: moins de 24 heures; P3.1: moins de 72 heures; P3.2: moins de 1 semaine) et que 100 % des patients de catégorie B comprenant 916 clients ont tous été traités dans les délais (P4: moins de 2 semaines; P5: moins de deux mois).

Radio-oncologie :

Tous les 1 063 patients ont été traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie.

Chirurgie oncologique :

La cible n'est pas atteinte régionalement pour les patients traités en chirurgie oncologique mais est supérieure au résultat obtenu pour l'ensemble du Québec soit 58,6 %.

*** N.B. : Dans le courant de l'année 2011-2012, le MSSS a réduit la cible à 70 % pour toutes les régions.

Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales

Date : 31 mai 2012

1. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : Urgences

Objectifs de résultats 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière (Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif)

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats¹ 2011-2012</i>
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	30,74 % ²	18 %	32,18 %
1.09.03 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	12,2 % ¹	0 %	13,7 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière	22 : 04 ²⁷	12 : 00	23 : 85

Commentaires

L'ensemble des urgences dans la région de l'Outaouais sont suivies par l'Agence périodiquement et pour certaines quotidiennement depuis quelques années.

Malgré que les cibles non pas été atteintes pour la plupart des CSSS de la région de l'Outaouais, ceux-ci ont pris plusieurs actions pour améliorer la situation tel que la gestion des lits, l'orientation rapide des patients vers les bons services, l'augmentation des services à domicile, la mise en place d'unités d'hospitalisation brève, etc.

Plusieurs établissements ont commencé à mettre en place des processus de gestion tel que le LEAN et l'Agence est confiante que les résultats devraient s'améliorer dans la prochaine année.

Nom : Dr Guy Morissette, président-directeur général Date : 31 mai 2012

- 1. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)
- 2. Résultats P-13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2010-2011

Fiche de reddition de comptes 2011-2012			
Axe d'intervention :	Références aux services médicaux spécialisés		
Objectifs de résultats	3.1.8 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille		
<i>Indicateurs</i>	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats 2011-2012
Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référée par un médecin de famille	N/A	75% des CSSS, soit $\frac{3}{4}$ CSSS	Réalisé
<i>Autres</i>	Réalisée	Non réalisée	
Plan d'action pour augmenter le nombre d'adhésion médicale au programme	X		
<i>Commentaires</i>			
Seulement le CSSS de Gatineau répond aux critères du programme AOC et celui-ci ayant une mission régionale, correspond donc à 100 % des CSSS concernés.			
Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales	Date : 31 mai 2012		

Fiche de reddition de comptes 2011-2012			
Axe d'intervention :	Contrôle des infections nosocomiales		
Objectifs de résultats	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats¹ 2011-2012</i>
1.01.19 Pourcentage de CH de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis.			
Diarrhées nosocomiales associées au Clostridium difficile	N/A	90 %	100 %
Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)	N/A	90 %	80 %
Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs:	N/A	90 %	100%
<i>Commentaires</i>			
Ce nouvel indicateur est composé de plusieurs données et la périodicité du recueil de données se fait annuellement par l'INSPQ. Pour l'année 2011-2012 (périodes 1 à 13), les résultats pour la région sont les suivants :			
<input type="checkbox"/> Diarrhées nosocomiales associées au Clostridium difficile: 100 % (5/5) des hôpitaux participants à la surveillance provinciale ont un taux inférieur aux taux établis.			
<input type="checkbox"/> Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM): 80 % (4/5) des hôpitaux participants à la surveillance provinciale ont un taux inférieur aux taux établis.			
<input type="checkbox"/> Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs: 100 % (1/1) des hôpitaux participants à la surveillance provinciale ont un taux inférieur aux taux établis.			
Un suivi est fait de façon régulière par l'Agence auprès des CHSGS.			
Nom : Hélène Dupont, directrice de Santé publique		Date: 31 mai 2012	
1. Rapport sur l'indicateur : Pourcentage de CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux taux établis. Présentation des résultats pour l'année 2011-2012, INSPQ, Mai 2012.			

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : **Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau**

Objectifs de résultats

5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles

5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats 2011-2012</i>
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour le plan de main d'œuvre	N/A	100 %	50 % ¹
3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	N/A	25 %	66,7 % ²

Commentaires

Mise à jour du plan de main d'œuvre

La cible 2011-2012 n'est pas atteinte. Pour 2012-2013, l'ensemble des établissements seront formés aux changements apportés au cadre normatif de la PMO en prévision du livrable.

Révision des processus

La cible 2011-2012 est atteinte. Pour 2012-2013, il est prévu d'ouvrir des places pour la région aux ateliers de transfert de connaissance du MSSS et de planifier une activité régionale d'échanges sur les bonnes pratiques en organisation du travail.

Nom : Denis Chénier, directeur de la Gestion des ressources

Date : 31 mai 2012

1. Données recueillies manuellement

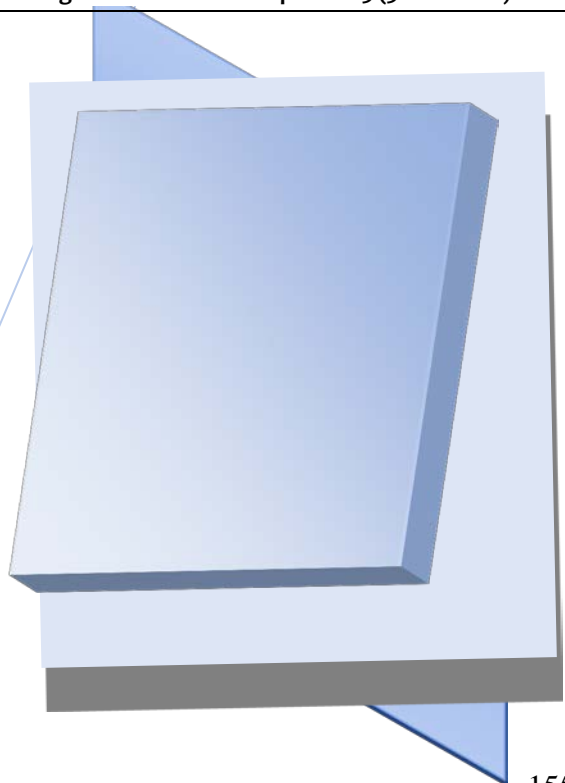
2. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)

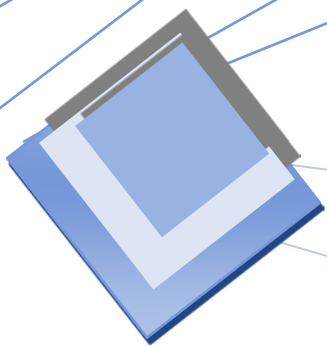
Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau		
Objectifs de résultats	5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité		
	5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹ 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats² 2011-2012</i>
3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	7,43 %	7,66 %	7,31%
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	4,65 %	4,72 %	4,76 %
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	7,25 %	7,98 %	6,56 %
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	4,87 %	3,69 %	5,09 %
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	1,01 %	1,20 %	0,98 %
<i>Commentaires</i>			
<p>Heures supplémentaires La cible 2011-2012 est atteinte pour les infirmières et presque atteinte (99,1%) pour l'ensemble du personnel du réseau. Ces résultats ont été obtenus grâce aux efforts et à un suivi constant et rigoureux effectué par l'Agence et par les établissements.</p> <p>Main-d'œuvre indépendante Les résultats 2011-2012 démontrent l'atteinte de deux des trois engagements reliés au pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante. Par ailleurs, le dépassement de la cible par les infirmières auxiliaires est principalement dû à une rareté de main-d'œuvre et associé à une hausse des heures totales travaillées (hausse de 7 % par rapport à 2009-2010) qui a eu pour conséquence le recours à la main-d'œuvre indépendante pour ce titre d'emploi.</p> <p>En 2012-2013, l'approche de soutien envers les établissements est préconisée par l'Agence et des activités régionales d'échanges sur les pratiques en révision de l'organisation du travail sont planifiées ainsi que la promotion des communautés de pratique de l'AQESSS.</p>			
Nom : Denis Chénier, directeur de la Gestion des ressources		Date : 31 mai 2012	
<p>1. Résultats P-13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2010-2011</p> <p>2. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)</p>			

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

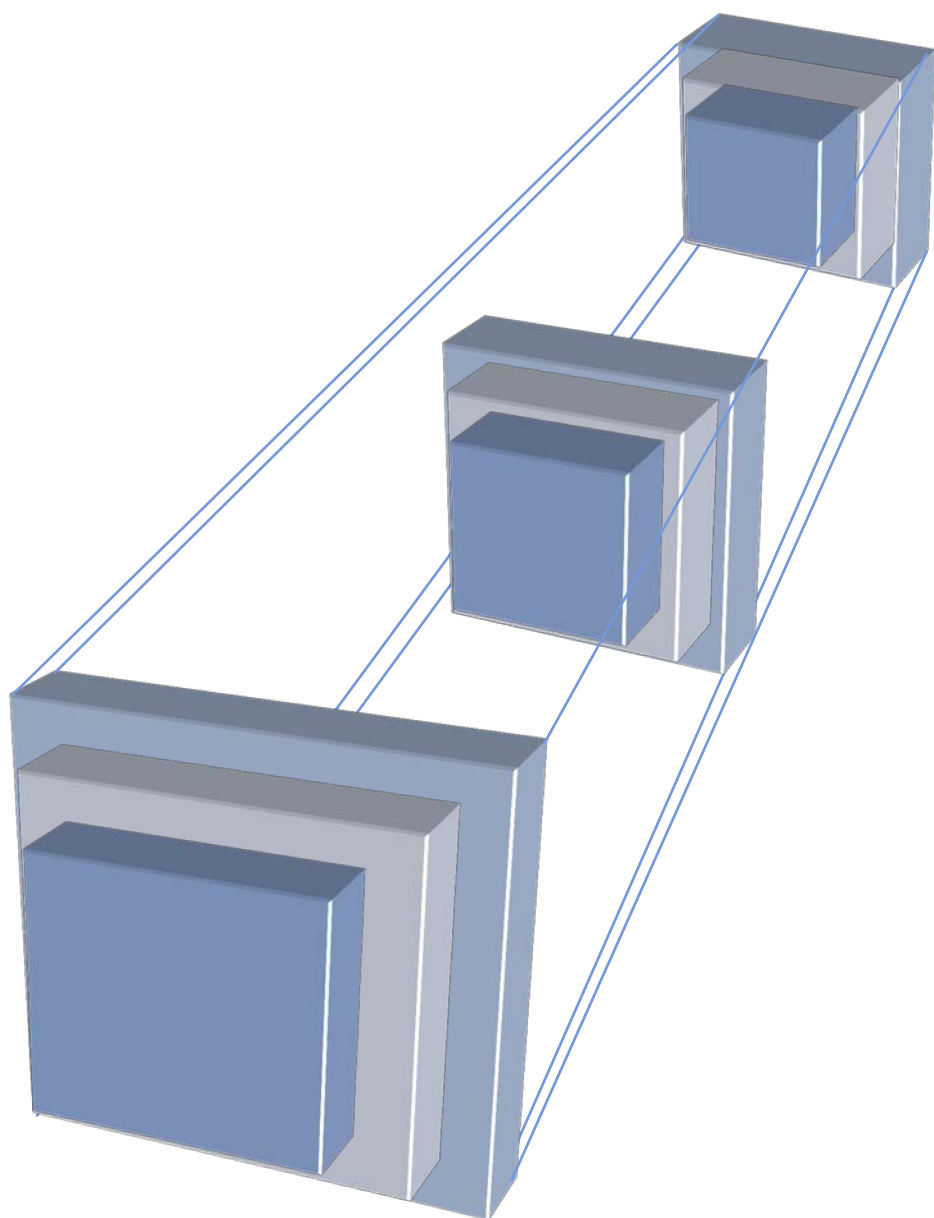
Axe d'intervention :	Rétention et mieux-être au travail		
Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé		
	5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹ 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats 2011-2012</i>
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,34 %	5,76 %	6,48 % ²
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	N/A	100 %	100 %
<i>Commentaires</i>			
<p>Ratio d'assurance salaire Cet indicateur permet de suivre l'évolution de l'absentéisme en assurance salaire d'une période à l'autre pour un établissement, pour une région ou pour l'ensemble du Québec. De nombreux facteurs influencent le ratio de l'assurance salaire : les données démographiques, le contexte social et économique, la rareté d'effectifs pour certain type d'emploi, la pénurie de médecins etc. Malgré les efforts consentis pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel, les résultats régionaux indiquent une légère augmentation du ratio comparativement à l'an passé et le non atteint de la cible 2011-2012. Toutefois, au niveau local, six des dix établissements (incluant l'Agence) ont atteint leurs engagements. En 2012-2013 il est prévu de mettre en place une structure de veille et de partage d'expérience.</p>			
<p>Volet mobilisation des ressources humaines La cible 2011-2012 est atteinte.</p>			
Nom : Denis Chénier, directeur de la Gestion des ressources		Date : 31 mai 2012	
<p>1. Résultats P-13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2010-2011 2. Résultats qui correspondent aux données inscrites et validées par l'Agence dans GESTRED pour P-13 (30 mai 2012)</p>			





ANNEXE 2

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE



INTRODUCTION

Le présent document présente les principes d'éthique devant guider les membres du CA de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (ci-après « l'Agence »).

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), (ci-après « la Loi ») rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administrateurs publics, et les a formulés eu égard aux membres de CA d'une agence (article 406).

« Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée .»

D'autre part, le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (ci-après le « Règlement »), adopté en vertu de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c.M-30, a.

3.0.1 et 3.0.2, 1997, c.6 a.1), précise à l'article 4 :

« ...Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens... »

Le mot éthique renvoie au comportement, à l'action humaine, à la décision. Il concerne ce qu'on doit faire (le devoir, les valeurs), ce qui va au-delà de ce qui se fait (les mœurs). Il nous amène donc à la question quant à la façon d'être.

À la lumière d'un examen des dictionnaires, les diverses définitions de l'éthique peuvent se ramener globalement à trois types :

- »»» – L'éthique évoque une réflexion sur l'agir humain. Elle réfère à une recherche de ce qu'il faut faire. Elle inclut alors une réflexion sur les valeurs, les principes, les finalités de l'action, etc.
- »»» – L'éthique peut être définie aussi par son contenu. Elle se présente alors comme une doctrine, un système de valeurs, un ensemble de principes et de règles destinés à orienter l'action.
- »»» – L'éthique renvoie enfin au choix concret de l'action à faire. Elle se définit alors comme décision, comme processus de décision, comme effort de décision et d'application.

Loin de s'opposer, comme parfois on le laisse entendre, ces trois types de définition se complètent et constituent trois fonctions complémentaires de l'éthique : on réfléchit, on se fait une synthèse, on agit en conséquence.

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la Loi, tel qu'amendée par la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (L .Q . 2001, c. 24), le CA de l'Agence est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- »»» - assurer la participation de la population
- »»» - définir les politiques et orientations

- »»» - allouer les ressources
- »»» - assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions

La nomination par le gouvernement des membres du conseil fait en sorte qu'ils sont assujettis aux dispositions du Règlement, lequel règlement a pour objet (article 1) :

« ... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrations et les administrateurs publics. »

En vertu des dispositions de la Loi, les membres du conseil d'administration s'inscrivent sous la rubrique « membres de conseils d'administration et membres des organismes et entreprises du gouvernement au sens de la *Loi du Vérificateur général* (L.R.Q. c. V-5.01), ainsi que les titulaires de charges administratives prévues par la Loi de ces organismes et entreprises ».

En outre, le présent code d'éthique doit être considéré dans le contexte de la mission de l'Agence, de ses valeurs et de sa philosophie de services.

CADRE LÉGAL

Selon les dispositions de la Loi, l'Agence a principalement pour objet de coordonner 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 (art. 340).

Toutefois, dans l'exercice de ses pouvoirs, l'Agence devra tenir compte des principes et orientations retenus par le législateur, lesquels visent à replacer le citoyen au centre du système de santé et de services sociaux. De l'ensemble des mesures législatives, il peut s'avérer intéressant d'en examiner quelques-unes.

L'article 1 de la Loi établit, à son premier alinéa, que :

« ... Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes, d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ».

L'article 3 instaure des lignes directrices qu'il faudra utiliser à l'intérieur du réseau. Cet article se lit comme suit :

« ... Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

- »»» La raison d'être des services est la personne qui les requiert;
- »»» Le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;
- »»» L'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins;
- »»» L'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

»»» L'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. »

Finalement, les articles 4 et 5 établissent deux des principaux droits conférés aux usagers. Ces articles sont à l'effet suivant :

« Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources »

« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée »

Quant à la conduite des membres du conseil d'administration, l'article 406 de la Loi vient baliser globalement les principes. L'article est déjà cité dans l'introduction du présent document.

Par ailleurs, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, exige que les membres du conseil d'administration de toute agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable dans le respect des principes et règles édictés par le règlement. On y stipule que ce code d'éthique doit être accessible au public, publié dans le rapport annuel où l'on doit également faire état du nombre de cas traités et de leur suivi et le règlement qui en découle (articles 34 et 35).

DÉCLARATION DE PRINCIPE

CONSIDÉRANT que les membres du conseil d'administration doivent agir dans l'intérêt de l'organisation et de la population pour laquelle elle a été instituée;

CONSIDÉRANT que l'exercice de la fonction des membres du conseil d'administration doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité, de la confidentialité et de la légalité;

CONSIDÉRANT que les membres du conseil d'administration sont nommés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens;

CONSIDÉRANT les dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;

CONSIDÉRANT la mission et les valeurs organisationnelles de l'Agence;

»»» Les membres du conseil d'administration, dans l'exercice de leurs fonctions s'engagent à :

»»» Centrer leurs décisions et leur action sur les besoins de l'ensemble des citoyennes et citoyens de l'Outaouais en vue du rétablissement, du maintien et de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi que de l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux accessible, intégré et de qualité tout en tenant compte des particularités de la région et des ressources mises à leur disposition, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.



Respecter, dans l'exercice de leurs fonctions, chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie de l'Agence ainsi que ceux prévus à la Loi et au Règlement susmentionnés. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

PRINCIPES D'ÉTHIQUE

AGIR AVEC OBJECTIVITÉ

Le membre du conseil d'administration exerce ses fonctions d'une façon libre et indépendante de ses propres intérêts ou ceux qu'il peut représenter. Celui-ci se doit d'éviter toute forme de discrimination interdite par la charte des droits et libertés de la personne et de prendre des décisions excluant ou donnant une préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la Loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

AGIR AVEC HONNÊTÉTÉ ET INTÉGRITÉ

Le membre du conseil d'administration doit, dans le cadre de son mandat et de ses fonctions, agir avec honnêteté et intégrité, dans l'intérêt de la population et de l'Agence.

Ainsi, ce principe requiert des personnes assujetties à ce code de ne pas être impliquées dans un vol, une fraude ou une situation d'abus de confiance, d'éviter toute forme de corruption ou de tentative de corruption, refuser toute somme d'argent ou autre considération pour l'exercice de leurs fonctions ou autrement que ce qui est prévu par la Loi. Il ne peut accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni pour lui-même, ni pour une autre personne. Entre autres, il ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

Le membre du conseil d'administration fait preuve d'honnêteté intellectuelle à l'égard même du contenu du mandat qui lui est confié et des fonctions qu'il occupe. Il ne doit donc pas s'approprier ou utiliser sans droit, les droits intellectuels de toute autre personne ou organisation, ni utiliser à son avantage un bien de l'Agence ou une information qu'il détient.

Agir avec discrétion et retenue

Le membre du conseil d'administration doit garder secrets les faits ou les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel. Il doit donc, notamment vis-à-vis des médias, adopter une attitude de retenue à l'égard de tous les faits ou informations qui, s'il les dévoilait, pourraient nuire à l'intérêt public, au bon fonctionnement de l'Agence et porter atteinte à la vie privée d'un citoyen. Le président du conseil d'administration et le président-directeur général doivent faire preuve de réserve dans la manifestation de leurs opinions politiques.

Après l'expiration du mandat, tout membre du conseil doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions et qui avait un caractère confidentiel.

AGIR SANS PARTISANNERIE POLITIQUE

Le membre du conseil d'administration doit éviter toute partisanerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

AGIR AVEC LOYAUTÉ

Le membre du conseil d'administration s'acquitte de ses fonctions ou de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer l'Agence ou le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

AGIR AVEC RESPECT ET DIGNITÉ

Le membre du conseil d'administration traite, dans l'exercice de ses fonctions, toute personne avec courtoisie et respect. Il agit avec dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

ÉVITER TOUT CONFLIT D'INTÉRÊTS

Le conflit d'intérêts se définit comme une situation où le membre du conseil d'administration a un intérêt personnel suffisant pour que celui-ci l'emporte ou risque de l'emporter sur l'intérêt public en vue duquel il exerce ses fonctions.

La notion de conflit d'intérêts constitue un thème très large. De fait, il suffit, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou autre, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que le membre du conseil d'administration ait réellement profité de sa charge ou ses fonctions pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de l'Agence. Le risque que cela se produise peut être suffisant pour mettre en cause la crédibilité du membre ou de l'Agence.

En outre, le membre du conseil d'administration devra éviter toute situation où il y a apparence de conflit d'intérêts même s'il n'y a aucun conflit d'intérêts réel.

Conformément aux articles 154 et 400 de la Loi, le membre du conseil d'administration et le président-directeur général ne peuvent donc pas avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise, une association ou un projet qui met en conflit son intérêt personnel et les devoirs de ses fonctions. Placé dans une situation où il se croit susceptible d'être en conflit d'intérêts, le membre du conseil d'administration, autre que le président-directeur général, doit dénoncer son intérêt par écrit au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'organisme, l'entreprise, l'association ou le projet dans laquelle il a cet intérêt est débattue précisément. Quant au président-directeur général, ce dernier doit toujours s'abstenir de tout conflit.

Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

Le membre du conseil d'administration ne doit pas rechercher, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions. Il reconnaît que le fait d'être un membre de conseil d'administration ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il reconnaît également que le fait d'être un membre du conseil d'administration ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée de conseil dûment convoquée ou lorsqu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil.

Le membre du conseil d'administration doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et conséquemment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

Le membre du conseil d'administration n'est pas en conflit d'intérêts personnels du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme mentionné à l'article 397 de la Loi. Il doit

cependant toujours agir de façon la plus objective possible et conformément aux dispositions de la Loi, soit dans l'intérêt de l'Agence et de la population de l'Outaouais.

ACTIVITÉS POLITIQUES

Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Dans le cas du président-directeur général, il doit alors demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES

Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions ; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

Le membre du conseil d'administration doit respecter les droits et privilèges des autres membres.

Le membre du conseil d'administration doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues ; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

Le membre du conseil d'administration a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence et ses motifs si désiré, au procès-verbal.

Le membre du conseil d'administration évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y œuvrent.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

RESPONSABLE DE L'APPLICATION

Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent code d'éthique et de déontologie.

OBLIGATION DE RESPECT DU CODE ET DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DÉTENUS PAR LE MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe I.

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit compléter, signer et remettre une déclaration qui apparaît à l'annexe II du présent code et elle doit amender cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

MANQUEMENTS AUX PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET AUX RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

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'un membre du conseil d'administration a pu contrevenir à la Loi, au Règlement ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

Le président ou le vice-président, selon le cas, décide alors s'il s'agit bien d'un manquement et si la demande n'est pas frivole ou manifestement sans fondement. À cette fin, il peut consulter le comité conseil sur l'éthique et la déontologie. Ce dernier peut alors donner un avis, à savoir s'il y a eu manquement et la qualification de celui-ci.

Le comité conseil sur l'éthique et la déontologie est formé de trois membres du conseil à l'exception du président du conseil d'administration, du vice-président et du président-directeur général.

S'il en arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement, le président, ou le vice-président, doit en informer le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles 37 et suivants du Règlement.

En vertu des articles 41 et 42 du Règlement, la sanction qui peut être imposée au membre du conseil d'administration est la réprimande, la suspension (dans le cas du président-directeur général, suspension sans rémunération) d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.



ENGAGEMENT PERSONNEL

Je, _____, membre du conseil d'administration, ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres de conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Je déclare en comprendre le sens et la portée et je m'engage à en respecter toutes les dispositions pendant comme après l'exercice de mon mandat.

Signature

Date

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaires avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais ou qui sont susceptibles d'en faire :

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à contrat avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais ou susceptible de le devenir :

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi

Employeur

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

Signature

Date

*Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Outaouais*

Québec 

Agence de la santé et des services
sociaux de l'Outaouais
104, rue Lois
Gatineau (Québec) J8Y 3R7