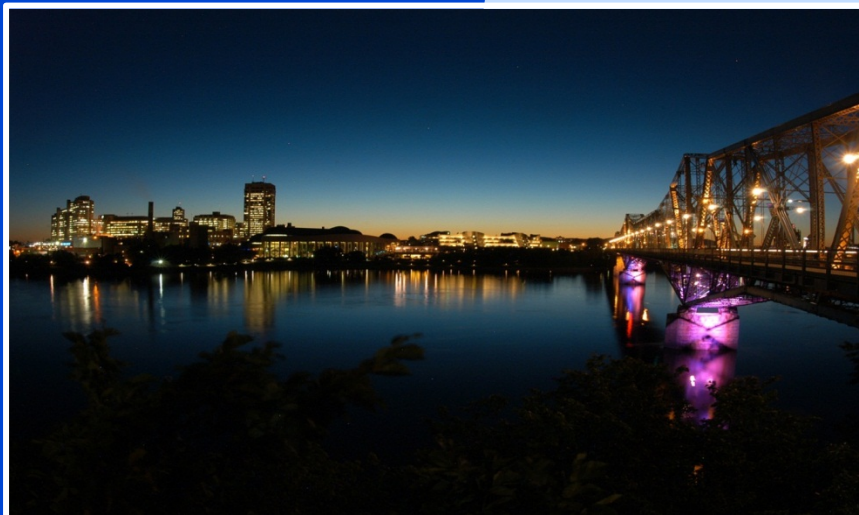


Santé et Services sociaux



Rapport annuel de gestion 2012-2013

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

Québec



Le Rapport annuel de gestion 2012-2013 est le fruit d'un travail collectif des différentes directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (l'Agence).

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 :

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

Crédit photo pour la page couverture :

Ville de Gatineau

Commission de la capitale nationale

Dépôt légal – 3^e trimestre 2013

Bibliothèque nationale du Québec, 2013

ISSN : 1911-3528 (version imprimée)

ISSN : 1911-3536 (version PDF sur Internet)

Mot du président et du président- directeur général

Chaque année, le bilan annuel des activités nous permet de voir en rétrospective le chemin parcouru au sein du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Ce rapport présente le bilan des grands dossiers qui ont marqué le réseau de la santé et des services sociaux au cours de l'année ainsi que celui des activités usuelles. La concertation, la cohésion d'action, le partenariat au sein de notre réseau régional et la poursuite des travaux d'optimisation et la mise en place d'une culture de performance Lean basée sur la révision des processus sont au cœur de ce que nous voulons partager.

Parmi les faits saillants de l'exercice 2012-2013, mentionnons notre présentation à la Commission de la santé et des services sociaux le 20 février 2013, pour rendre compte des résultats obtenus au cours des cinq dernières années. Cette démarche a permis de faire le point sur la progression de notre réseau régional et de mettre en lumière les défis qui attendent la région pour l'avenir.

Pour ce qui est des travaux régionaux, la continuité a été assurée dans plusieurs dossiers en cours durant l'exercice 2012-2013. L'accessibilité aux soins et aux services de santé est demeurée une priorité. La mise sur pied de deux nouveaux groupes de médecine de famille (GMF) a grandement contribué à l'amélioration de l'accès à un service de première ligne. De même, nous sommes heureux de constater que les urgences de la région ont connu des diminutions des durées moyennes de séjour malgré l'achalandage. La rigueur et les efforts additionnels investis par chacun des établissements et de l'Agence dans le cadre de la Loi 100, ont aussi marqué l'année 2012-2013 puisque la région a pu rencontrer les cibles budgétaires fixées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le secteur des ressources informationnelles a été largement sollicité dans le cadre des activités 2012-2013 par la mise en place de la Direction régionale des ressources informationnelles (DRRI) et de plans de services régionaux sous une seule gouverne sous la responsabilité de l'Agence. De plus, la région s'est dotée d'une structure de gouvernance à trois niveaux qui assure la représentation de toutes les parties prenantes.



M. Pierre Roberge
Président



Dr Guy Morissette
Président-directeur
général

En décembre 2012, une équipe d'experts a été mandatée par le ministre afin d'analyser les services préhospitaliers d'urgence de la région et faire des recommandations pour s'assurer que ceux-ci répondent adéquatement aux besoins des citoyens de la région.

L'intégration du Centre hospitalier Pierre-Janet au Centre de santé et des services sociaux (CSSS) de Gatineau visant l'unification de la gouvernance et du leadership en santé mentale en Outaouais, a traversé avec succès sa première année d'intégration. Le Comité de vigie souligne déjà des progrès dans certains domaines dans le contexte d'une intégration débutée il y a tout juste un an.

Vers demain

La disponibilité de la main-d'œuvre demeure un défi continu en Outaouais. Elle vient conditionner la réalisation des autres enjeux. L'Agence et le réseau régional visent la desserte globale de la population en matière de services de santé et de services sociaux, à l'exception de certains services spécialisés qui ne peuvent être développés dans l'Outaouais. En retour, on souhaite entretenir des relations avec les établissements d'Ottawa pour les services non disponibles et pour la couverture de garde dans certains secteurs spécialisés offerts au CSSS de Gatineau afin d'éviter des bris de services.

Pour chaque secteur, l'Agence et le réseau évaluent les cibles quantifiées en termes de rapatriement et d'autosuffisance. Des discussions auront lieu pour connaître la perspective régionale sur les enjeux de rapatriement, de capacité régionale et de liens de complémentarité avec l'Ontario.

De nombreux défis se dressent devant le réseau régional, dans un contexte de transformations de services et de ressources plus limitées. Les priorités pour les prochaines années s'inscrivent dans la finalisation de la mise en œuvre du Plan stratégique pluriannuel régional 2010-2015. À cet égard, l'Agence pilotera, au cours des prochains mois, un exercice de bilan mi-mandat du Plan stratégique. Il s'agira d'une démarche permettant à l'ensemble des partenaires locaux et régionaux, ainsi qu'à la population de la région, de constater le chemin parcouru depuis 2010. Ce sera avant tout une occasion de dialoguer pour revoir les besoins exprimés à la lumière de l'évolution du contexte régional. Nous discuterons des réalités et des priorités à court et moyen termes, en vue de préparer le terrain à la prochaine planification 2015-2020.

L'ensemble de nos actions et l'atteinte des nombreuses cibles passent avant tout par la cohésion d'action, le partenariat au sein de notre réseau régional et par l'engagement des directrices générales et directeurs généraux pour améliorer les services de toutes les clientèles. De plus, le nouveau contexte de la gouvernance issu du projet de loi 127 nous amène à travailler de plus près avec les conseils d'administration des établissements. Il s'agit de leviers importants pour assurer une vision stratégique commune au sein du réseau régional.

Au cours de la prochaine année, nous poursuivrons nos actions dans de nombreux domaines, notamment :

- ⇒ l'intensification des stratégies d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre, particulièrement dans les secteurs vulnérables;
- ⇒ la consolidation de nos actions en amont de la santé et du bien-être, une meilleure prise en charge de la responsabilité populationnelle au sein des cinq réseaux locaux de service (RLS), ainsi qu'une concertation intersectorielle plus soutenue;
- ⇒ l'accès pour la population à un médecin de famille et à une gamme de services de première ligne;

- ⇒ l'amélioration de la performance clinique et financière du réseau;
- ⇒ l'accès aux services médicaux spécialisés et la diminution de la dépendance sur les services hors frontières, ainsi que la consolidation des partenariats au sein du réseau;
- ⇒ le renforcement de l'organisation des services offerts aux personnes âgées dans un contexte de vieillissement de la population.

Finalement, ce rapport témoigne des efforts constants déployés par l'ensemble des quelque 9 700 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de notre région qui contribuent quotidiennement par des efforts soutenus à la qualité et à l'amélioration des services offerts. Au personnel de l'Agence et de tous les établissements du réseau, nous désirons exprimer nos remerciements.

Bonne lecture!



Pierre Roberge
Président



Dr Guy Morissette
Président-directeur général

Déclaration du président- directeur général

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 2012-2013* 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 2013.

Le président-directeur général,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Guy Morissette', written over the printed name.

Dr Guy Morissette

Table des matières

<i>Mot du président et du président-directeur général</i>	<i>iii</i>
<i>Déclaration du président-directeur général</i>	<i>viii</i>
<i>Sigles et acronymes</i>	<i>xii</i>
<i>Région sociosanitaire de l'Outaouais</i>	<i>xiv</i>
Données démographiques	xiv
Indicateurs socioéconomiques	xiv
État de santé et bien-être de la population	xv
<i>Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais</i>	<i>17</i>
Fonctions et responsabilités	17
Organisation administrative de l'Agence	19
Instances consultatives	23
Instances relevant du président-directeur général	28
Ressources humaines de l'Agence	33
Établissements publics de la région sociosanitaire de l'Outaouais	34
Établissements régionaux	35
CSSS et leurs partenaires	36
Population par groupe d'âge pour les réseaux locaux de services	37
Organismes communautaires	37
Nouvelles des établissements	38
<i>Réalisations de l'Agence</i>	<i>44</i>
Gestion des ressources humaines réseau	44
Direction de l'enseignement médical en Outaouais	46
Recrutement de médecins	48
Évolution du Plan d'action régional en santé publique	49
Consolidation des partenariats et soutien des actions intersectorielles en lien avec les saines habitudes de vie	49
Développement des communautés	50
Travaux sur les déterminants majeurs de santé de la population	51

Intégration et mise en réseau des services de santé et des services sociaux	51
Direction de santé publique - Publications et rapports 2012 - 2013	52
Services médicaux de base pour la population – première ligne	54
Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne	55
Urgences	57
Mission régionale en santé mentale	60
Services en santé mentale	62
Cancérologie	64
Réalisations en chirurgie	65
Maladies chroniques	66
Services préhospitaliers d'urgence	67
Nouveau libellé Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)	70
Optimisation des services en soutien à domicile	70
Proche aidant	70
Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013	71
Réseau de services intégrés pour les personnes âgées	71
Décentralisation du Système régional des admissions	72
Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	72
Programme de l'amélioration de l'alimentation en CHSLD	73
Continuum d'intervention en troubles cognitifs liés au vieillissement	74
Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire	75
Dépendances	76
Commission régionale intersectorielle de lutte à l'itinérance	77
Déficiência intellectuelle, trouble envahissant du développement et déficiencia physique	78
Plan d'accès en déficiencia intellectuelle, trouble envahissant du développement et déficiencia physique	80
Qualité et prestation des services	83
Systèmes d'information au service des cliniciens et gestionnaires	85
Situation frontalière	87
Optimisation dans l'utilisation des ressources	91
Gestion des ressources immobilières	94

<i>Données financières de la RSS de l'Outaouais 2012-2013</i>	<i>97</i>
Enveloppe régionale de crédits	97
Retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014	98
Situation financière des établissements de la région	99
Données opérationnelles 2012-2013 de l'ensemble des établissements	100
Subventions aux organismes communautaires	106
Rapport de la Direction sur les états financiers condensés de l'Agence	119
<i>États financiers de l'Agence 2012-2013</i>	<i>119</i>
Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés de l'Agence	120
États financiers condensés de l'Agence	122
Notes aux états financiers	134
État du suivi des réserves, des commentaires et des observations formulés par l'auditeur indépendant	143
Annexes	142
<i>Annexes</i>	<i>142</i>
Annexe 1 Suivi des engagements 2012-2013 en lien avec la planification stratégique 2010-2015	142
Annexe 2 Fiches de reddition de compte et d'imputabilité	142
Annexe 3 Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration de l'Agence	142

Sigles et acronymes

AAPÂ	Approche adaptée à la personne âgée	DI.....	Déficiences intellectuelle
Agence.....	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais	DP	Déficiences physique
AGA	Assemblée générale annuelle	DQC	Direction québécoise du cancer
AMP	Activités médicales particulières	DRMG	Département régional de médecine générale
ATP	Assistant technique en pharmacie	DRRI	Direction régionale des ressources informationnelles
BAPE	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement	DSI	Directeur en soins infirmiers
CA.....	Conseil d'administration	DSP	Direction de santé publique
CDJ.....	Chirurgie d'un jour	DSQ	Dossier Santé Québec
CECM	Comité exécutif des conseils multidisciplinaires		
CH.....	Centre hospitalier	EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
CHSLD.....	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	EQSJS	Enquête sur la santé des jeunes du secondaire
CIR.....	Commission infirmière régionale	ETC	Équivalent temps complet
CIRLI.....	Chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion	GACO.....	Guichet d'accès pour clientèles orphelines
CITC.....	Continuum d'intervention en troubles cognitifs	GIC.....	Gestion des interventions chirurgicales
CJO.....	Centres jeunesse de l'Outaouais	GMF	Groupe de médecine de famille
CLSC	Centre local de services communautaires	HPJ	Hôpital Pierre-Janet
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale	ICIDJE.....	Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants
CRDI	Centre de réadaptation pour déficiences intellectuelle	IMAGE.....	Informatisation des mécanismes d'admission pour fin de gestion
CRDP	Centre de réadaptation pour déficiences physique	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
CRÉO.....	Conférence régionale des élus-élues de l'Outaouais	ISQ	Institut de la statistique du Québec
CRILI.....	Commission intersectorielle de lutte à l'itinérance	ISP-SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
CRR	Centre régional de réadaptation	ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
CRSPO	Comité régional sur les services pharmaceutiques de l'Outaouais	LSSSS.....	Loi sur les services de santé et des services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	MAH	Mécanisme d'accès à l'hébergement
DÉMO	Direction régionale de l'enseignement médical en Outaouais	MFA.....	Ministère de la Famille et des Aînés
DEC	Diplôme d'études collégiales	MRC	Municipalité régionale de comté
DG.....	Directeur général	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
		OHIP	Ontario Health Insurance Plan

Opti-SAD.....	Optimisation en soutien à domicile	SISSS.....	Système d'information de la sécurité des soins et des services
ORL.....	Oto-rhino-laryngologiste	SPU.....	Service préhospitalier d'urgence
PAG.....	Plan d'action gouvernemental	SRA.....	Système régional des admissions
PAL.....	Plan d'action local	TAP.....	Technicien ambulancier/paramédic
PALV.....	Perte d'autonomie liée au vieillissement	TED.....	Trouble envahissant du développement
PAPFC.....	Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire	TGC.....	Troubles graves du comportement
PAR.....	Plan d'action régional en santé publique	TRCMS.....	Table régionale des chefs de département en médecine spécialisée
PCFI.....	Plan triennal de conservation et de fonctionnalité immobilière	TRSP.....	Table régionale de santé publique
PDG.....	Président-directeur général	TROCAO.....	Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais
PNSP.....	Programme national de santé publique	UMF.....	Unité de médecine familiale
PREM.....	Plan régional d'effectifs médicaux	UQO.....	Université du Québec en Outaouais
PSFTT.....	Programme de soutien au financement au traitement de la toxicomanie	UTRF.....	Unités transitoires de récupération fonctionnelle
PSI.....	Plan de service individualisé		
PSOC.....	Programme de soutien aux organismes communautaires		
QEF.....	Québec en forme		
RAMQ.....	Régie de l'assurance maladie du Québec		
RCSSSP.....	Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires		
RCUO.....	Regroupement des comités des usagers de l'Outaouais		
RI.....	aire		
RINASSSS....	Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux		
RLS.....	Réseau local de service		
RSIPA.....	Réseau de service intégré pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement		
RSMO.....	Remboursement des services médicaux en Ontario		
RSS.....	Région sociosanitaire		
SAD.....	Soutien à domicile		
SAPA.....	Soutien à l'autonomie des personnes âgées		
SARDM.....	Système automatisé et robotisé pour la distribution de médicaments		
SIIATH.....	Système intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance		
SIMASS.....	Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés		

Données démographiques

La région socio-sanitaire (RSS) de l'Outaouais comptait 370 984 habitants en 2012 selon les plus récentes projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2010). 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'ajoute la ville de Gatineau.

L'Outaouais représente environ 4,6 % de la population du Québec actuellement, la plaçant au 9^e rang des régions socio-sanitaires. Cette proportion augmentera à 4,75 % en 2021. L'accroissement prévu de cette proportion sera principalement alimenté par une recrudescence de l'afflux de nouveaux résidents qui appartiennent surtout au groupe d'âge des 25 à 44 ans, et par un taux de fécondité relativement élevé par rapport au reste de la province. 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 de la MRC des Collines. Elle est plus faible dans les territoires ruraux, mais aucun de ces territoires ne vit une décroissance démographique comme nous l'observons dans plusieurs autres régions du Québec.

La structure d'âge de la population de la région 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 sur cinq de moins de 18 ans vit avec un seul de ses parents, comme ailleurs au Québec. À l'autre extrême de la vie, environ deux personnes non institutionnalisées de 75 ans et plus sur cinq vivent seules, tant en Outaouais que dans l'ensemble de la province.

Indicateurs socioéconomiques

Sur le plan socioéconomique, l'Outaouais est une région de contrastes et de grandes inégalités. D'une part, les MRC du Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau, ainsi que le secteur de la Petite-Nation, sont parmi les plus pauvres de tout le Québec. D'autre part, les secteurs urbains de Gatineau, et notamment le secteur d'Aylmer, de même que la MRC des Collines, comptent parmi les territoires les plus riches et les plus favorisés de la province. L'Outaouais urbain est également très favorisé sur le plan de l'emploi et du niveau de scolarité de ses résidents. En 2009, les populations résidant en partie ou en totalité dans les territoires urbains et périurbains de l'Outaouais présentaient un revenu d'emploi moyen de 60 % supérieur à celui des MRC périphériques, dont l'économie repose encore

essentiellement sur l'exploitation des ressources naturelles. Dans ces MRC périphériques, plus du quart de la population adulte ne possède pas de diplôme d'études secondaires.

État de santé et bien-être de la population

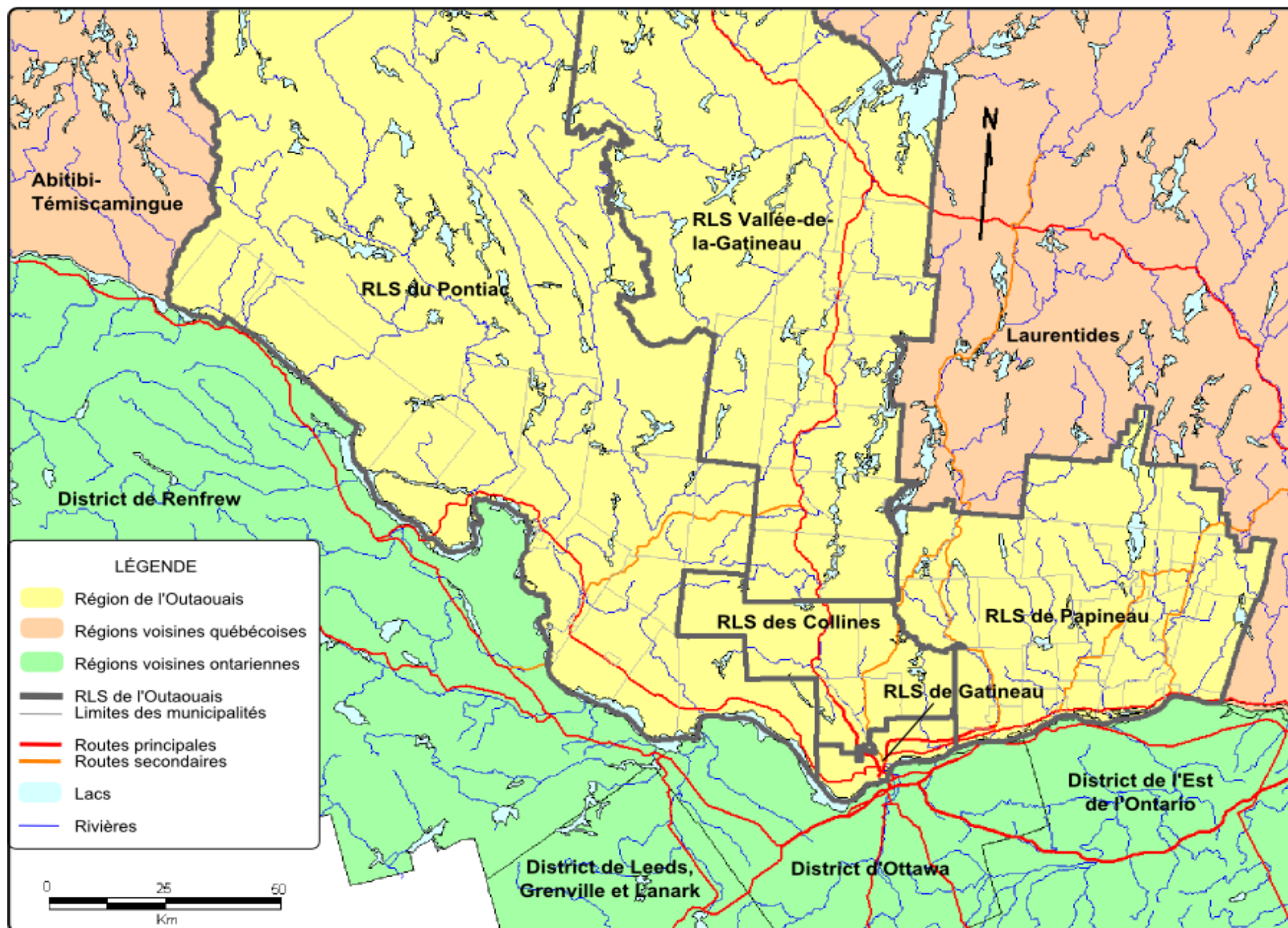
L'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie en bonne santé de la population de l'Outaouais sont inférieures à celles observées au Québec, soit d'une et de quatre années respectivement. L'espérance de vie en bonne santé en particulier est la plus faible de toutes les régions du Québec, à l'exception des Terres-Cries et du Nunavik. Les limitations fonctionnelles, de même que les incapacités, sont donc particulièrement fréquentes en Outaouais, ce qui a un impact important sur la demande de soins, de services de santé et de services sociaux.

Le taux ajusté de mortalité pour toutes les causes de décès réunies dépasse de 6,5 % le taux québécois moyen. Les taux de décès et la mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires et par cancers dépassent également la moyenne québécoise. Ces écarts négatifs avec le Québec persistent depuis plus de 40 ans.

Plus de la moitié de la population adulte déclare présenter un surplus de poids et près d'une personne adulte sur cinq en Outaouais est obèse. Par contre, 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 sur la santé.



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



Sources: MSSS, SDI, Cartes des territoires de RLS et de CLSC
Statistique Canada, Carte des territoires de RSS

Production: ASSSO, DSPO, Service de surveillance de l'état de santé, septembre 2012

Fonctions et responsabilités

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4-2* (LSSSS), l'Agence est constituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

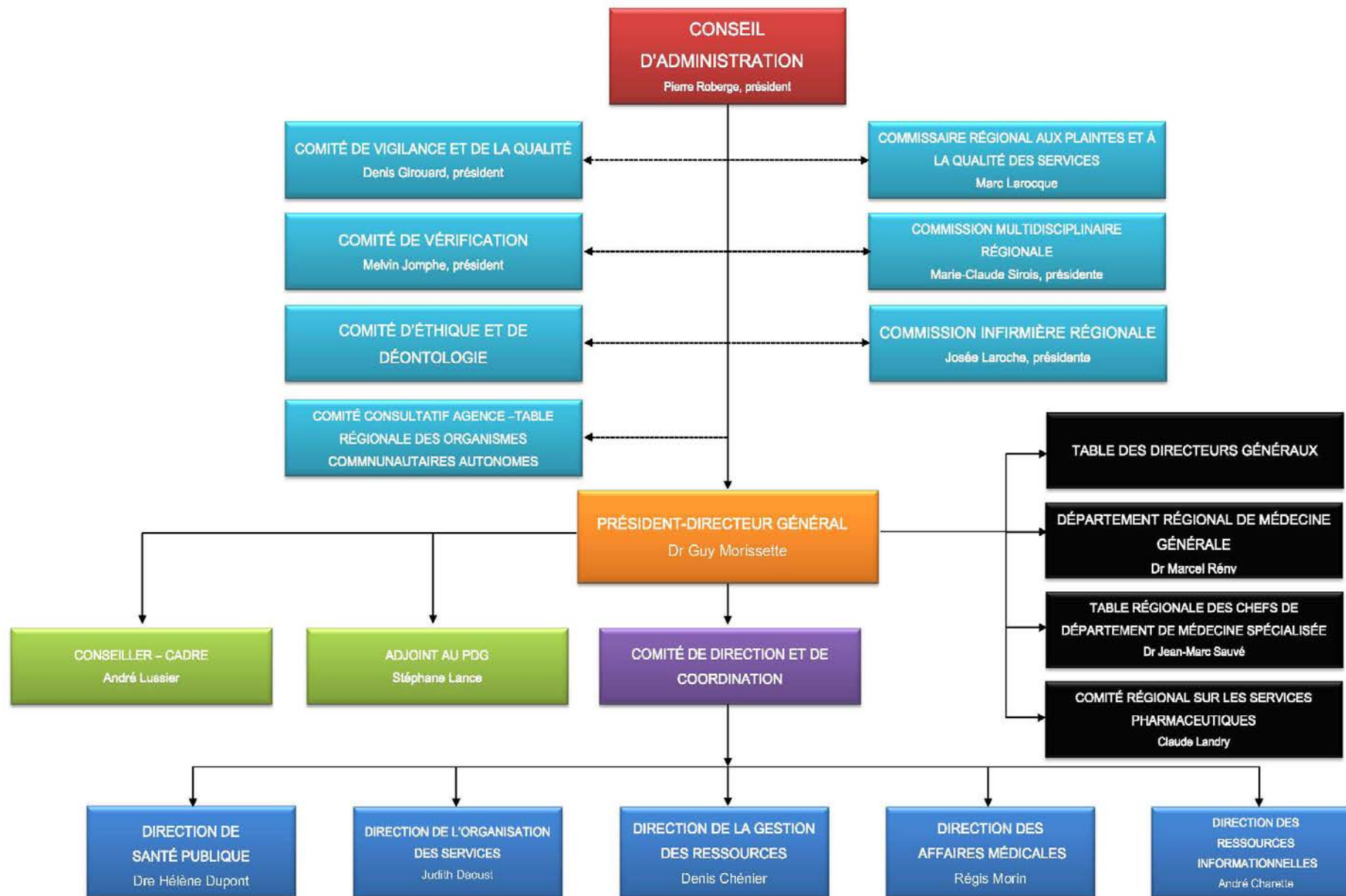
À cette fin, l'Agence a comme responsabilités :

- ⇒ d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux, d'assurer le respect des droits des usagers et de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- ⇒ de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;
- ⇒ d'élaborer le Plan stratégique pluriannuel et d'en assurer le suivi;
- ⇒ d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées;
- ⇒ d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente, ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des services intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
- ⇒ d'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du ministre, la coordination interrégionale;
- ⇒ de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- ⇒ d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
- ⇒ d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, L.Q.R., c. S-6.2*;
- ⇒ d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- ⇒ de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'ententes et conformément à l'article 105.1 de la LSSSS, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;

- ⇒ de permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
- ⇒ de s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
- ⇒ de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci;
- ⇒ de prévoir des modalités et de développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;
- ⇒ de développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits;
- ⇒ d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.



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 définit les orientations stratégiques de l'Agence en conformité avec les orientations nationales. 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 mêmes particularités que celles visées au premier paragraphe et de s'assurer de leur utilisation économique et efficiente;
- ⇒ nommer les cadres supérieurs et le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- ⇒ adopter le plan stratégique et le rapport annuel de gestion;
- ⇒ approuver l'entente de gestion et d'imputabilité;
- ⇒ approuver les états financiers;
- ⇒ s'assurer du suivi de la performance et de la reddition de compte des résultats.

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'âge.

L'adoption du projet de loi 127, *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*, a modifié la composition des conseils d'administration du réseau de la santé et des services sociaux. Le nouveau conseil d'administration de l'Agence a été nommé par le ministre en août 2012 et a siégé pour une première fois en septembre de cette même année.



Au 31 mars 2013, le CA de l'Agence était composé des personnes suivantes :

Membres du conseil d'administration de l'Agence	
Guy Morissette	Président-directeur général
Pierre Roberge	Membre indépendant
Isabelle Sabourin	Membre indépendant
Melvin Jomphe	Membre indépendant
Roxanne Lauzon	Membre indépendant
Diane Nault	Membre indépendant
Jean-Marc Sauvé	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
Marcel Reny	Département régional de médecine générale
Claude Landry	Comité régional sur les services pharmaceutiques
Gail Ryan	Commission infirmière régionale
Marie-Claude Sirois	Commission multidisciplinaire régionale
Vacant	Organisme représentatif du milieu syndical
Denis Girouard	Comité des usagers des établissements
Micheline Labranche	Organismes du milieu communautaire

Activités du conseil d'administration en 2012-2013

Entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2013, le CA de l'Agence s'est réuni à huit occasions. Au cours de ces séances, les dossiers suivants ont été traités :

- ⇒ adoption de la répartition de l'enveloppe budgétaire régionale 2012-2013;
- ⇒ adoption de la répartition des subventions pour les organismes communautaires 2012-2013;
- ⇒ adoption de l'entente de gestion et d'imputabilité MSSS-Agence 2012-2013;
- ⇒ adoption de la politique régionale de navigation et de filtrage web;
- ⇒ adoption des états financiers de l'Agence 2012-2013 et des états financiers consolidés du fond de santé au travail au 31 décembre 2012;
- ⇒ adoption du budget de l'Agence 2012-2013;
- ⇒ adoption du rapport annuel de gestion et Rapport annuel 2011-2012 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services dispensés dans le réseau de santé et de services de l'Outaouais;
- ⇒ adoption du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique 2013.

Nominations

- ⇒ nouveau membre à la Table régionale des chefs de médecine spécialisée;
- ⇒ président du processus de désignation à la Commission infirmière régionale (CIR);
- ⇒ substitut au Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- ⇒ désignation d'inspecteurs dans le cadre de la certification des résidences privées pour aînés;
- ⇒ désignation d'inspecteurs dans le cadre de la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique;
- ⇒ nouveaux membres aux conseils d'administration du Centre de santé et des services sociaux (CSSS) de Gatineau, des Centres jeunesse de l'Outaouais (CJO) et du Centre de réadaptation en dépendance (CRD) de l'Outaouais.

Orientations et services

- ⇒ adoption de la Politique régionale de transfert inter établissements;
- ⇒ adoption de modifications au règlement concernant les modalités de désignation des membres et des règles de fonctionnement de la CIR;
- ⇒ adoption du plan de gestion des ressources informationnelles;
- ⇒ adoption du plan d'action à l'égard des personnes handicapées;
- ⇒ adoption de la politique de communication adaptée;
- ⇒ adoption des orientations régionales en soins palliatifs.



Instances consultatives

Le CA est appuyé dans ses travaux par divers comités et commissions. Un premier groupe est constitué de comités relevant du CA, alors que le second inclut les différents forums ou commissions prévus par la 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	
Roxanne Lauzon	Personne indépendante
Diane Nault	Personne indépendante
Melvin Jomphe	Personne indépendante

Le Comité de vigilance et de la qualité des services

Le Comité de vigilance a pour mandat de faire l'analyse et d'assurer le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services dans une perspective d'amélioration de la qualité des services à la population. Le Comité procède également à l'approbation du rapport annuel des plaintes qui est déposé lors du CA de septembre.

L'année 2012-2013 a été marquée par la nomination de nouveaux membres au conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Conformément à l'article 412,2 de la Loi, le Comité de vigilance et de la qualité est composé, outre du président-directeur général et du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, de trois membres du conseil d'administration, incluant le membre nommé à partir d'une liste de noms fournis par les organismes communautaires, le membre nommé à partir d'une liste de noms fournis par les comités d'usagers et un membre élu parmi les autres membres.

Membres du Comité de vigilance et de la qualité des services	
Guy Morissette	Président-directeur général
Micheline Labranche	Organismes du milieu communautaire
Denis Girouard	Comité des usagers des établissements
Gail Ryan	Commission infirmière régionale
Marc Larocque	Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'année 2012-2013, le Comité de vigilance a tenu trois rencontres. Au cours de ces rencontres, les membres du comité se sont penchés sur certaines facettes du travail du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, soit :

- ⇒ En prenant connaissance des quarante plaintes et vingt-huit signalements reçus durant l'année;
- ⇒ En faisant l'analyse des recommandations du commissaire régional et leur suivi;
- ⇒ En préparant un canevas afin de faciliter l'évaluation du travail du commissaire;
- ⇒ En faisant l'actualisation des priorités de travail du commissaire régional.

Commission multidisciplinaire régionale

Le CA de l'Agence confie à la Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) un mandat qui s'énonce comme suit :

- ⇒ 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;
- ⇒ donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région;
- ⇒ donner son avis sur les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- ⇒ exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration, et lui en faire part périodiquement.

Au cours de l'année 2012-2013, la CMUR s'est réunie à trois reprises. Les sujets suivants ont été abordés :

- ⇒ bilan d'implantation des RLS;
- ⇒ portrait des aînés de l'Outaouais au regard de la problématique de la maltraitance;
- ⇒ Cadre de référence régional sur le plan de services individualisés;
- ⇒ évolution de la consommation de services de santé en Ontario et enjeux à venir sur le dossier de la situation frontalière et du rapatriement;
- ⇒ orientations régionales en matière de soins palliatifs en Outaouais.



Membres de la Commission multidisciplinaire régionale	
Domaine social	
Marie-Josée Chénier	Membre du comité exécutif des conseils multidisciplinaires (CECM)
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
Guylaine Fabre	Membre du CECM
Julie McMartin	Gestionnaire du CECM
Domaine technique	
Mathieu Potvin	Membre du CECM
Enseignement	
Pascal Rioux	Représentant des collèges – Domaine social ou de réadaptation ou de santé
Guilhème Pérodeau	Représentant des facultés et écoles d'enseignement universitaires – Domaine de la santé
Sylvie Thibault	Représentant des facultés et écoles d'enseignement universitaires – Domaine social
Agence de santé et des services sociaux de l'Outaouais	
Guy Morissette	Président-directeur général
Judith Daoust	Directrice de l'organisation des services

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, d'élaborer un plan d'action annuel qui définira les gestes à poser au cours de l'année en regard des enjeux déterminés, d'assurer un suivi sur ledit plan d'action par un rapport sur l'évolution des travaux, de faire le bilan global des 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.

L'année 2012-2013 fut marquée par de nombreux changements au sein des équipes de travail, tant à l'Agence que du côté de la TROCAO. Le comité n'a pas siégé pendant l'année.

L'Agence a réalisé une tournée régionale, dans les cinq territoires, afin de présenter et expliquer la mise en place de la nouvelle convention de soutien financier 2012-2015 dans le cadre du financement en soutien à la mission globale des organismes communautaires œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ces rencontres se sont déroulées à l'automne 2012, afin de bien expliquer le contenu de cette nouvelle convention devant être signée entre l'Agence et chaque organisme

communautaire. Suite à cette tournée, les organismes devaient finaliser la convention et la signer. Un seul organisme n'a pu signer de convention avec l'Agence.

Tout au long de l'année 2012-2013, malgré les changements au sein de la TROCAO, les échanges avec l'Agence se sont maintenus. Les sujets de discussion furent, notamment, la mise en place de la convention du programme de soutien aux organismes communautaires PSOC et le rehaussement du financement de base des groupes.

Membres du Comité consultatif Agence - TROCAO	
Guy Morissette	Président-directeur général
Isabelle Sabourin	Personne indépendante
Denis Girouard	Comité des usagers des établissements

Commission infirmière régionale

En vertu de l'article 370.3 de la LSSSS, 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;
- ⇒ de donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région qui touchent les soins infirmiers;
- ⇒ de donner son avis sur les approches de soins novatrices et sur leurs incidences sur la santé et sur le bien-être de la population;
- ⇒ d'exécuter tout autre mandat que lui confie le CA, et lui en faire rapport périodiquement.

Le processus de désignation menant à la nomination de nouveaux membres à la CIR a occupé une bonne partie de l'automne, soit jusqu'à la mi-décembre 2012.



Membres de la Commission infirmière régionale	
Gestionnaires en soins infirmiers (désignés par les directeurs des soins infirmiers (DSI))	
Josée Laroche (Présidente)	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau
Danielle Paquette	CSSS des Collines
Conseil des infirmières et infirmiers des établissements	
Alexandrine Alexandre	CRR La RessourSe
François-Régis Fréchette	CSSS de Gatineau
Natacha Gravelle	CSSS de Papineau
Gail Ryan	CSSS du Pontiac
Cégep et Université	
Mario Lepage	Université du Québec en Outaouais
Chantal Roussel	Cégep de l'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	
Lyne Jolicoeur	CSSS du Pontiac
Vacant	
Infirmier ou infirmière désigné(e) par le président-directeur général	
Régis Morin	Directeur des Affaires médicales

Réalisations au cours de l'exercice 2012-2013

Les travaux de la CIR ont porté essentiellement sur le suivi à l'implantation et au déploiement des IPS-SPL en Outaouais, le suivi du dossier des infirmières cliniciennes en santé mentale ainsi que sur la pratique infirmière et les défis à venir, notamment la situation sur la prévention, le dépistage et le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) en Outaouais.

La CIR a été également consultée au sujet de l'application du Cadre de référence sur le Plan de services individualisés (PSI). À cet effet, les membres ont recommandé de considérer l'évaluation par l'utilisation d'indicateurs lors de la mise en œuvre du PSI ainsi que l'identification de clientèles cibles, et ce, pour soutenir la pratique dans l'élaboration de PSI pour la clientèle présentant des besoins complexes.

La CIR a également entendu les présentations suivantes : Situation frontalière et rapatriement ainsi que les Orientations régionales en matière de soins palliatifs.

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

Dans le cadre des pouvoirs confiés à l'Agence, en respect des responsabilités des établissements et sous l'autorité du président-directeur général (PDG), le Département régional de médecine générale (DRMG) assure la planification, l'organisation, la coordination et l'évaluation des services de médecine générale pour l'ensemble de la région. Son mandat couvre :

- ⇒ les PREM médicaux relatifs aux médecins de famille;
- ⇒ le plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- ⇒ le réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégré, la garde en disponibilité pour les services dispensés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et pour le programme de soutien à domicile (SAD);
- ⇒ la liste des activités médicales particulières visées à l'article 361 de la LSSSS;
- ⇒ les services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires.

Membres du département régional de médecine générale	
Médecins provenant des territoires ruraux(4), dont 1 en clinique médicale et 3 en établissement	
Keith MacLellan	Pontiac
Audrey Bertrand	Vallée-de-la-Gatineau
Guy Bonenfant (élu)	Papineau
Sylvie Del Bianco	Collines
Médecins provenant du territoire urbain (4), dont 2 en clinique médicale et 2 en établissement	
Jean Bouthillier (élu)	Hull – Aylmer
Marcel Reny (élu) - Président	Hull – Aylmer
Martin Pham Dinh	Gatineau
Marcel Guilbault	Gatineau
Médecin provenant des CLSC urbains (1)	
Catherine Besner	
Médecin provenant des CHSLD urbains (1)	
Robert Bisson	
Médecin pratiquant en santé mentale (1)	
Louise Laberge	
Médecin pratiquant en établissement à vocation régionale	
Anh Thu Vu-Khanh	

Réalisations au cours de l'exercice 2012-2013

- ⇒ le suivi du PREM et le recrutement médical au regard de la pénurie;
- ⇒ le suivi des groupes de médecine de famille (GMF) pour le renouvellement de leur convention ainsi que l'implantation de nouveaux GMF;
- ⇒ l'attribution et le suivi des activités médicales particulières (AMP) aux omnipraticiens;
- ⇒ l'amélioration des guichets d'accès pour clientèles orphelines (GACO) de la région ainsi que le soutien aux coordonnateurs médicaux locaux de première ligne;
- ⇒ le soutien à l'organisation des services médicaux de première ligne en Outaouais dans un contexte de RLS intégrés avec les CSSS;
- ⇒ le suivi des cadres de gestion nationale de l'organisation des services de première ligne;
- ⇒ le suivi de l'amélioration de l'accès aux services de première ligne dans la région;
- ⇒ le soutien à la planification du déploiement des 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;
- ⇒ le soutien au recrutement d'effectifs médicaux pour la région;
- ⇒ la formation et l'information concernant l'accès adapté (Advanced access).

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisé

Dans le cadre des pouvoirs confiés à l'Agence, dans le respect des responsabilités des établissements et sous l'autorité du président-directeur général, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (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 PREM en spécialités;
- ⇒ le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés;
- ⇒ le 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		
Membres nommés		
Dre Dinah Desruisseaux	Département de biologie médicale	CSSS de Gatineau
Dr Richard Bergeron	Département régional de psychiatrie	CSSS de Gatineau, CH Pierre-Janet
Dr Khalid Azzouzi	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
Dr Daniel Groulx	Département d'anesthésie	CSSS de Gatineau
Membres élus		
Dr Jean-Marc Sauvé (Président)	Département d'anesthésiologie et de chirurgie	CSSS de Papineau
Dr Athnassios Karabatsos	Département de médecine interne	CSSS du Pontiac
Membre d'office		
Guy Morissette	Président-directeur général	Agence
Membre invité		
Dr Marcel Rény	Chef du département régional de médecine générale	Agence

Dossiers abordés au cours de l'exercice 2012-2013

- ⇒ le PREM en spécialité;
- ⇒ les nominations et demandes de dérogation;
- ⇒ le plan quinquennal en médecine spécialisée;
- ⇒ la pathologie;
- ⇒ l'imagerie médicale;
- ⇒ l'endocrinologie;
- ⇒ les laboratoires de biologie médicale;
- ⇒ l'accès en chirurgie.



Comité régional sur les services pharmaceutiques

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques de l'Outaouais (CRSPO) a été institué en décembre 2005 par l'adoption du projet de loi 83 qui a modifié en profondeur la LSSSS. Les dispositions concernant les CRSP se trouvent aux articles 417.7 à 417.9 de cette loi.

Ce comité exerce, sous l'autorité du PDG de l'Agence, les responsabilités suivantes :

- ⇒ faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- ⇒ donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- ⇒ donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- ⇒ exécuter tout autre mandat que lui confie le PDG.

Le comité est composé de pharmaciens provenant de divers milieux afin de bien représenter les différentes visions de la pharmacie. Les membres sont :

Membres du Comité régional de services pharmaceutiques de l'Outaouais		
Johanne Asselin	Chef de département pharmacie	CSSS de Papineau
Sébastien Aubin	Pharmacien propriétaire	Wakefield
Philippe Beauchamp	Pharmacien propriétaire	Gatineau
Marie-Pierre Émond	Pharmacienne communautaire	Aylmer
Claude Landry (Président)	Pharmacien d'établissement	CSSS de Gatineau
Céline Alain	Pharmacien d'établissement	CSSS de Gatineau
Anne Leclerc	Responsable régionale	Agence
Régis Morin	Directeur des Affaires médicales	Agence

Réalisations au cours de l'exercice 2012-2013

- ⇒ l'intégration d'un pharmacien dans un GMF en territoire urbain et en territoire périphérique;
- ⇒ le soutien des médecins et des infirmières dans les suivis de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension, la douleur et les autres interventions potentielles;
- ⇒ la gestion des ordonnances collectives de la région en collaboration avec le DRMG;
- ⇒ l'élaboration d'un projet régional de (re)certification des assistants techniques en pharmacie (ATP);
- ⇒ la conception d'un site Web pour favoriser la communication et le partage d'informations avec la population et les pharmaciens de la région.

Activités et réalisations du Comité régional pour le programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

L'Agence assume la coordination des travaux du Comité régional pour le programme d'accès; lequel est composé de représentants des établissements, des organismes communautaires et de la Commission scolaire Western Québec. En 2012-2013, une révision du plan d'action a permis de préciser les actions et livrables attendus, de façon à ce que l'ensemble des cinq objectifs soit atteints d'ici avril 2014.

Comité régional pour le programme d'accès à des services de santé et de services sociaux en langue anglaise de l'Outaouais	
Danielle Fortin	Représentante du CSSS de Gatineau
Monique Deiber	Représentante du CSSS du Pontiac
Beth Burn	Représentante du milieu scolaire
Véronique Fortin	Représentante des établissements régionaux
Anic Landry	Représentante de l'Agence
Edward McCann	Représentant de la communauté
Danielle Lanyi (Présidente)	Représentante de la communauté
Angèle Turgeon	Représentante Cooptée
Marie-Pier Macameau	Représentante du CSSS de Papineau
Michelle Denis	Représentante du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau
Kevin Drysdale	Représentant de la communauté
Caroline Veilleux	Représentante du CSSS des Collines
Kathy Teasdale	Représentante de la communauté
Collin O'Shea	Membre observateur, représentant de la communauté

Réalisations au cours de l'exercice 2012-2013

Comme chaque année, le comité a suivi avec intérêt les activités du Programme régional de formation linguistique, le Programme de maintien en poste des professionnels de la santé et s'est intéressé aux projets d'adaptation proposés par les établissements du territoire. Des projets régionaux se sont démarqués et ont permis, par exemple, à des jeunes anglophones de niveau secondaire et collégial de participer à une journée de stage dans les établissements du territoire (Programme Jeunes Explorateurs d'un jour - dans l'ensemble de nos établissements); le développement d'outils visant à accueillir davantage de stagiaires d'expression anglaise (CSSS de Gatineau); l'expérimentation d'un modèle de recension des besoins de la clientèle anglophone de son territoire (CSSS des Collines); la consolidation et le développement de l'accès aux services en langue anglaise sur son territoire (CSSS de Papineau : dépistage chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire, lancement d'un bottin des ressources du territoire et sessions d'information sur le diabète); une collaboration avec le réseau de l'éducation pour mettre en œuvre le Programme d'éducation alternative pour les enfants ayant de graves problèmes de comportement (CSSS de Gatineau et Commission scolaire Western Québec); la tenue d'ateliers portant sur une stratégie de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile (CSSS de Gatineau) et finalement, la dispensation d'un contenu de formation traduit à l'attention des préposés aux bénéficiaires (CSSS du Pontiac).

Ressources humaines de l'Agence

Effectifs de l'Agence		Exercice en cours	Exercice antérieur
Cadres	Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	16	21
	Temps partiel Nombre de personnes : équivalent temps complet (ETC) ¹ (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0.80	0.80
	Nombre de cadres en stabilité d'emploi	2	0
	Nombre de cadres occasionnels	1	0
Employés réguliers	Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	128	128
	Temps partiel Nombre de personnes : ETC ¹ (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1.29	1.29
	Nombre d'employés en sécurité d'emploi	1	0
Employés occasionnels	ETC	21.37	25.18

Note : Les effectifs de ce tableau comprennent tous les fonds de l'Agence



¹ L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

Établissements publics de la région sociosanitaire 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 Pontiac offrent des services de santé et des services sociaux par le biais des 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 Mission : - Centre local de services communautaires (CLSC) - CHSLD - Centre hospitalier (CH)	- Population : 35 606 résidents 282 effectifs 40 lits d'hébergement permanents	6 installations en CSSS 10 organismes communautaires 6 ressources intermédiaires (RI)
CSSS de Gatineau Mission : - CLSC - 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) 5 555 effectifs 583 lits d'hébergement permanents	18 installations 83 organismes communautaires 33 RI
CSSS de Papineau Mission : - CLSC - CHSLD - CH	- Population : 54 643 résidents 941 effectifs 228 lits d'hébergement permanents	5 installations 19 organismes communautaires 5 RI
CSSS du Pontiac Mission : - CLSC - CHSLD - CH	- Population : 21 036 résidents 442 effectifs 115 lits d'hébergement permanents	10 installations 21 organismes communautaires 5 RI
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau Mission : - CLSC - CHSLD - CH	- Population : 21 156 résidents 486 effectifs 101 lits d'hébergement permanents	6 installations 13 organismes communautaires 2 RI

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 mandat de l'établissement consiste à fournir une aide spécialisée aux jeunes qui connaissent des difficultés graves et à leurs familles, ainsi qu'aux jeunes mères qui vivent des problèmes sévères d'adaptation. Ils sont régis par la *Loi sur les services de santé et des services sociaux*, la *Loi sur la protection de la jeunesse*, la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* et le *Code civil*.

⇒ **le Centre régional de réadaptation La RessourSe (CRR La RessourSe)**

Le mandat de l'établissement consiste à offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.

⇒ **le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Outaouais – Pavillon du Parc (Pavillon du Parc)**

Le mandat de l'établissement consiste à offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

⇒ **le Centre de réadaptation en dépendance (CRD) de l'Outaouais**

Le mandat de l'établissement consiste à offrir des services spécialisés en dépendance aux jeunes et aux adultes (problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues, ainsi qu'aux jeux de hasard et d'argent) ainsi que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

Établissements privés conventionnés

⇒ le Centre d'hébergement Champlain – Gatineau ⇒ 120 lits

⇒ le Centre d'hébergement Vigi de l'Outaouais ⇒ 96 lits



CSSS et leurs partenaires

Partenaires	CSSS des Collines	CSSS de Gatineau	CSSS de Papineau	CSSS du Pontiac	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	Total
Cliniques médicales	2 (dont 1 en GMF et 1 en coop santé)	40 (dont 16 en GMF incluant 2 en coop santé)	12 (dont 4 en GMF incluant 2 en coop santé)	9 (dont 7 en GMF)	6 (dont 5 en GMF incluant 1 sur une réserve)	54
Coopératives de santé	1	2	1	-	-	4
Unités de médecine familiale	-	1	-	-	-	1
GMF accrédités	1	8	1	1	1	12
Médecins spécialistes	-	223	7	6	4	240
Omnipraticiens² dans la RSS de l'Outaouais						337
Pharmacies communautaires	4	49	4	3	4	64
Pharmaciens³ en établissement	-	31	5	1	1	38
Organismes communautaires reconnus	10	83	19	22	13	147
Entreprises d'économie sociale	1	1	1	1	1	5
⇒ Résidences privées pour aînés	1	24	21	4	10	60
⇒ Nombre de places reconnues	66	4066	394	68	184	4778
Entreprises ambulancières						2
Techniciennes et techniciens ambulanciers/paramédics						213
Services de premiers répondants						13 équipes
Premiers répondants						147

² 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.

³ Le nombre total de pharmacies n'inclut pas les pharmaciens en CHSLD

Population par groupe d'âge pour les réseaux locaux de services

RLS	0-17 ans		18-64		65 ans et +		Total RLS	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
des Collines	7 874	22,1	24 186	67,9	3 546	10,0	35 606	100
de Gatineau	48 002	19,8	162 910	67,2	31 497	13,0	242 409	100
de Papineau	10 313	18,9	35 341	64,7	8 989	16,5	54 643	100
du Pontiac	4 096	19,4	13 034	61,6	4 026	19,0	21 156	100
de la Vallée-de-la-Gatineau	3 434	16,3	13 231	62,9	4 371	20,8	21 036	100
Total régional	73 719	19,7	248 702	66,3	52 429	14,0	374 850	100

Source : MSSS, SDI, Projection de la population selon le territoire des RSS au 1^{er} juillet 2013 produite en janvier 2010 par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) selon le recensement de 2006.

Organismes communautaires

Secteur d'activité par programme / services	Nombre d'organismes reconnus et financés ⁴
Déficience intellectuelle	11
Déficience physique	8
Dépendances	9
Jeu pathologique	1
Jeunes en difficulté	22
Lutte à l'itinérance et à l'exclusion sociale	4
Perte d'autonomie	22
Perte d'autonomie liée au vieillissement	5
Santé mentale	17
Santé physique	4
Santé publique	27
Services généraux	19
Y'a personne de parfait	9

⁴ 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 actualisés par les établissements en cours d'exercice.

Centre de santé et de services sociaux des Collines

- ⇒ Planification et amorce des travaux visant le réaménagement de la salle d'attente de l'urgence à l'hôpital;
- ⇒ Rehaussements significatifs des heures directes en aide à domicile et professionnels des services de l'équipe de soutien à domicile (SAD);
- ⇒ Mise en œuvre du projet Lean intitulé *Prise de sang | révision des heures de dépôt des prélèvements au laboratoire*;
- ⇒ Mise en œuvre des cliniques de prélèvements mobiles dans la communauté;
- ⇒ Mise en place du plan d'action pour les épisodes de chaleur accablante;
- ⇒ Élaboration et mise en place d'une procédure d'approvisionnement des vaccins;
- ⇒ Mise en place d'une campagne de vaccination contre la rougeole auprès des jeunes dans les écoles;
- ⇒ Identification et mise en œuvre de mesures visant à améliorer les délais d'attente des usagers nécessitant des services de l'équipe en santé mentale et des services psychosociaux généraux;
- ⇒ Développement d'une pochette comprenant l'ensemble des documents cliniques et administratifs nécessaires pour la clientèle en santé mentale;
- ⇒ Accueil du premier IPS-SPL et entente d'encadrement avec le médecin du GMF;
- ⇒ Révision et signature de l'entente de services de clinique d'allaitement avec l'organisme Naissance-Renaissance Outaouais;
- ⇒ Implantation de la politique régionale de transfert inter-établissements.

Centre de santé et de services sociaux de Gatineau

- ⇒ Adoption et mise en place de modifications importantes au plan d'organisation dans le cadre du *Virage accessibilité* afin de favoriser une plus grande accessibilité et une continuité dans les soins de santé et de services sociaux;
- ⇒ Ouverture de la nouvelle urgence de l'Hôpital de Gatineau qui comprend un secteur déambulatoire, une aire d'observation regroupant 28 civières et une aire de choc de trois civières;
- ⇒ Mise en place d'un processus intégrateur de planification stratégique à moyen et long terme intitulé *Vision 2025*, permettant l'identification et la prévision des divers besoins de transformation et de développement de l'organisation;

- ⇒ Première année de l'intégration de l'Hôpital Pierre-Janet : mise en place d'une instance de consultation et d'une équipe de direction dédiée à l'intégration; début des travaux de transformation des activités à l'Hôpital de Gatineau; ouverture de places en hébergement; organisation des services d'urgence en santé mentale; mise en place de l'équipe de *Grands visiteurs* et d'une unité de transition et ouverture de lits surnuméraires dans les unités de soins;
- ⇒ Intégration des activités du laboratoire de l'Hôpital Pierre-Janet avec ceux de Hull et de Gatineau;
- ⇒ Mise en place du premier colloque de reconnaissance des projets d'amélioration de la qualité permettant une mise en valeur des réalisations concrètes d'amélioration de la qualité menées au cours de l'exercice financier;
- ⇒ Signature des ententes de partenariat d'affiliation avec l'Université McGill et l'Université du Québec en Outaouais visant la mise en œuvre de programmes d'enseignement médical et de développement de la recherche dans la région;
- ⇒ Obtention de l'accréditation du Centre de traumatologie de niveau secondaire régional de l'Hôpital de Hull pour une période de cinq ans;
- ⇒ Obtention de l'approbation du conseil d'administration pour le début de la mise en œuvre et la réalisation du Centre de recherche visant l'implantation de nouvelles approches facilitant l'accès, la prévention et la mise en place de meilleurs traitements;
- ⇒ Mise en place d'un nouveau fonctionnement en radiothérapie permettant un meilleur accès aux services, une diminution du temps d'attente et une augmentation du nombre de patients pouvant accéder aux traitements;
- ⇒ Acquisition de trois appareils de ventilation non invasive permettant de prodiguer les soins dans la région pour les nouveau-nés en détresse respiratoire et d'éviter les transferts vers un autre centre hospitalier en dehors du territoire de l'Outaouais;
- ⇒ Implantation de la plateforme de communications *Web Synopsis Patient* qui permet d'offrir un meilleur accès aux médecins en matière de résultats diagnostiques;
- ⇒ Mise en place de projets Lean visant l'amélioration significative des processus et de la performance dans différents secteurs d'activités comme, par exemple, à l'urgence, en hospitalisation, à la buanderie et en imagerie médicale.

Centre de santé et de services sociaux de Papineau

- ⇒ Mise en place d'un Plan directeur stratégique 2012-2015 qui identifie les grandes priorités et les dossiers importants et intègre les enjeux et les cibles de la Planification stratégique pluriannuelle 2010-2015 de l'Agence et tient compte des besoins des communautés et de la population;
- ⇒ Tenue de consultations exhaustives pour établir les orientations menant à l'élaboration du Plan directeur stratégique 2012-2015;
- ⇒ Obtention de l'approbation finale pour la mise en place du projet d'hémodialyse et début des travaux au cours de l'hiver 2013;
- ⇒ Obtention du prix de communication interne lors du Colloque des communicateurs de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) pour le projet *Carte bleue* qui vise une meilleure intégration des nouveaux employés par le port d'une carte d'identité différenciée;

- ⇒ Mise en place d'un plan de redressement financier majeur ayant permis de réduire le déficit budgétaire de moitié au cours de l'exercice 2012-2013;
- ⇒ Implantation d'un nouveau système de dictée numérique intitulé *Fusion VOICE* qui facilite l'écoute des dictées pour les médecins et les intervenants;
- ⇒ Mise en place de deux cliniques liées aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et à la contraception;
- ⇒ Mise en place du nouveau plan d'organisation de la Direction des services communautaires, sociaux et de réadaptation;
- ⇒ Accueil de nouvelles IPS-SPL;
- ⇒ Implantation et mise en application du programme de prévention des chutes et des règles de soins post-chute et niveau de surveillance;
- ⇒ Mise en place d'un outil d'évaluation continue pour la population quant à l'utilisation des services (versions papier et électronique).

Centre de santé et de services sociaux du Pontiac

- ⇒ Adoption du Plan stratégique 2012-2015;
- ⇒ Construction d'un nouveau CHSLD;
- ⇒ Accueil d'une première IPS-SPL et entente d'encadrement avec neuf médecins travaillant sur le territoire;
- ⇒ Achat d'équipements pour le plateau technique visant à réduire les délais d'attente pour les chirurgies en orthopédie et en ophtalmologie;
- ⇒ Élaboration d'une entente de services avec le Centre de cancérologie du CSSS de Gatineau;
- ⇒ Finalisation d'une construction neuve pour le Centre d'accueil du Pontiac (CAP) permettant d'accueillir 50 résidents qui inclut l'achat de nouveaux équipements adaptés;
- ⇒ Implantation d'un nouveau système de dictée numérique qui facilite l'écoute des dictées pour les médecins et les intervenants qui en ont l'accès;
- ⇒ Déploiement des liens électroniques avec le GMF en ce qui a trait aux résultats de laboratoire et de radiologie;
- ⇒ Obtention du Prix en sécurité de la Commission de la santé et de la sécurité au travail pour l'Outaouais pour la mise en place d'une douche adaptée permettant une meilleure sécurité pour le patient et diminuant le risque de blessure pour les employés,
- ⇒ Contribution à la rédaction du protocole régional de transferts inter établissements;
- ⇒ Mise en place de deux projets d'amélioration des processus Lean pour l'entretien des cabarets d'instruments en chirurgie des cataractes au bloc opératoire et l'entretien ménager;
- ⇒ Obtention de la certification *Produits verts* pour l'entretien ménager et mise en place d'un processus de recyclage;
- ⇒ Mise en place d'un programme de bénévolat structuré afin d'optimiser le recrutement et permettre une plus grande accessibilité.

- ⇒ Mise en place d'un plan de redressement financier afin de permettre le retour à l'équilibre budgétaire;
- ⇒ Mise en place d'un GMF sur le territoire;
- ⇒ Développement de nouvelles RI permettant la diversification de l'hébergement en fonction des problématiques populationnelles afin de palier au débordement régulier en hospitalisation de courte durée;
- ⇒ Réalisation d'un plan de rénovation majeur permettant un réaménagement des espaces du CHSLD de Maniwaki;
- ⇒ Signature d'un plan de partenariat avec une résidence privée afin de développer de nouvelles places en RI à Messines;
- ⇒ Mise en place d'un premier projet Lean de révision des processus au sein des services psychosociaux du SAD en lien avec le plan local d'optimisation en SAD. La résultante a été une amélioration en termes d'heures de services directs offerts à la clientèle;
- ⇒ Mise en place d'un projet Lean visant à revoir l'amélioration des processus en réapprovisionnement des fournitures dans les services utilisateurs;
- ⇒ Déploiement du plan de mesures d'urgence 2012-2013;
- ⇒ Mise en place d'un environnement virtuel pour plusieurs secteurs visant à consolider le réseau local en matière de ressources informationnelles et la protection des données informatisées;
- ⇒ Implantation d'un nouveau logiciel administratif pour les ressources humaines et la production de la paie et la gestion des listes de rappel;
- ⇒ Mise en place des équipements de télésanté dans trois installations et signature d'une entente de service en télé-gérontopsychiatrie avec le CSSS de Gatineau.



Les Centres jeunesse
de l'Outaouais

- ⇒ Consolidation de la structure organisationnelle afin d'assurer une programmation clinique efficiente et optimale en gestion et en planification;
- ⇒ Élaboration de la Planification stratégique 2012-2015 visant à établir les orientations, les objectifs, les indicateurs et les cibles dans le but d'améliorer les services à la jeunesse en difficulté en Outaouais;
- ⇒ Tournée d'information du directeur général portant sur les grands enjeux et les défis pour les prochaines années en regard de la planification stratégique;
- ⇒ Mise en place d'un plan de développement des ressources humaines afin de permettre l'accompagnement de la relève et la rétention du personnel;
- ⇒ Mise en place avec le CSSS de Gatineau, d'un modèle d'analyse participative conjoint permettant de revoir le niveau d'intensité de l'intervention en fonction du niveau de besoin des enfants et de leur famille;

- ⇒ Élaboration de tableaux de bord afin de faciliter la gestion quotidienne et soutenir la prise de décision;
- ⇒ Dépôt auprès du MSSS d'un programme fonctionnel et technique (PFT) visant la construction d'un centre d'innovation et de développement ainsi que la construction de deux nouvelles résidences;
- ⇒ Adoption d'un nouveau calendrier de conservation pour la gestion documentaire.



- ⇒ Révision et mise en place d'une nouvelle structure d'encadrement ayant mené à la réduction du nombre de directions et l'organisation des services régionalisés et sur le territoire de Gatineau selon la logique des offres de services spécialisés;
- ⇒ Tenue d'une consultation avec l'ensemble du personnel sous la forme de colloque du personnel dans le but d'identifier les éléments permettant un engagement plus soutenu et plus dynamique au sein de l'établissement;
- ⇒ Obtention en novembre 2012 du statut d'Agréé par Agrément Canada. Cette troisième démarche a permis de faire le point sur la fiabilité des processus cliniques et organisationnels en place tout en visant l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des services offerts;
- ⇒ Rédaction et implantation d'un plan d'action prioritaire ciblant trois actions concrètes au niveau des services spécialisés, de la communication et du milieu de travail sain;
- ⇒ Élaboration d'un plan d'action pour le déploiement des offres de services spécialisées;
- ⇒ Élaboration d'un processus clinique générique permettant l'identification de l'ensemble des activités cliniques et administratives présentées de façon chronologique et permettant de déterminer les étapes dans la prestation des interventions spécialisées;
- ⇒ Renouvellement de protocoles d'ententes et de collaboration au niveau socioprofessionnel avec les organismes communautaires, et au niveau du répit, quatre territoires ont renouvelé leurs ententes avec différents partenaires existants;
- ⇒ Lancement des cartes routières vers le secondaire et vers la vie adulte permettant la planification des transitions que vivent les jeunes en situation de handicap ou de difficultés d'adaptation ou d'apprentissage.



- ⇒ Adoption d'une nouvelle dénomination afin de consolider le positionnement de l'organisation et améliorer la reconnaissance de la mission et de l'offre de services;
- ⇒ Obtention du renouvellement de la certification d'agrément par le Conseil québécois d'agrément;
- ⇒ Implantation des mesures de la Stratégie d'action jeunesse qui visent à diversifier l'offre de services dispensée aux adolescents hébergés dans les Centres jeunesse de l'Outaouais;
- ⇒ Déploiement des mesures du Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie permettant le développement d'un service spécifique aux usagers de moins de 30

ans présentant des risques de désaffiliation sociale;

- ⇒ Signature d'une entente avec la Fondation du Centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais pour le financement d'un projet de formation en regard de l'entretien motivationnel;
- ⇒ Maintien des travaux quant à l'implantation provinciale de l'outil d'évaluation *Global Appraisal of Individual Needs (GAIN)*;
- ⇒ Mise en place de stratégies et de mesures visant à diminuer l'attente des usagers au moment le plus critique de leur démarche.



- ⇒ Signature d'une entente tripartite avec le Pavillon du Parc et le CSSS de Gatineau visant l'amélioration des mécanismes d'accès pour la clientèle pédiatrique dont le diagnostic est établi au sein de l'établissement;
- ⇒ Adoption de la planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles 2013-2016;
- ⇒ Mise en place de deux projets d'amélioration de la performance, un au niveau des services administratifs et l'autre, dans les programmes cliniques externes;
- ⇒ Adoption et mise en place d'une politique et d'une procédure sur la vérification des antécédents judiciaires;
- ⇒ Mise en place d'une nouvelle planification des services en déficience visuelle;
- ⇒ Achat d'un équipement technologique en orthèse-prothèse dans le but d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services offerts à la clientèle et favoriser l'innovation;
- ⇒ Obtention d'un prix d'excellence dans le domaine de l'accessibilité aux soins et aux services lors du Gala des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais pour le projet *À vos marques, prêts, roulez!*, un service d'évaluation de la conduite automobile et un service d'adaptation du véhicule du côté conducteur pour les gens qui ont une déficience physique;
- ⇒ Obtention d'un prix d'excellence dans le domaine de la valorisation et la mobilisation des ressources lors du Gala des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais pour le projet *Bienvenue dans notre boîte* pour son programme d'accueil et d'intégration des nouveaux employés et d'un prix d'excellence au 9e Congrès québécois de réadaptation pour le même projet.

Gestion des ressources humaines réseau

Depuis 2007, la région a mis en œuvre une stratégie ressource humaine misant sur la diversification des axes d'intervention dans le but d'augmenter l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre. Ces axes visent la promotion des métiers, la formation initiale, les stages, la fidélisation des étudiants, les conditions de travail, les conditions d'exercice incluant l'encadrement, le perfectionnement et l'optimisation des rôles.

Ainsi, dans la poursuite de sa stratégie de promotion des métiers et professions du réseau, l'Agence a coordonné la deuxième édition de journées de stages d'exploration pour des élèves du secondaire au sein des établissements. Cette année fut marquée par le déploiement auprès de nouvelles écoles participantes, dont celles anglophones (120 stages réalisés). De plus, douze vidéos-témoignages d'employés du réseau ont été réalisés et mis en ligne sur le site Web de l'Agence. Les collaborations se sont poursuivies pour la réalisation de la troisième édition du Salon de la formation professionnelle et technique qui a attiré plus de 8 000 visiteurs. 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 de rencontrer les employeurs du réseau.

À travers le consortium du Campus santé Outaouais, le déploiement de l'offre de formation initiale s'est poursuivi. Alors que la première cohorte du diplôme d'études collégiales (DEC) en technique d'analyse biomédicale débutait au Cégep de l'Outaouais, les établissements accueillaient les premiers finissants du DEC en techniques d'inhalothérapie. 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 été réalisé grâce aux travaux de plusieurs partenaires, dont le CSSS de Gatineau et le Centre Vision Avenir. Les travaux de planification sont déjà en branle pour répéter cette formule. Enfin, un projet de délocalisation d'une cohorte de DEC en soins infirmiers sur le territoire du Pontiac est en analyse avec le Collège Héritage. Depuis sa création, le Campus santé Outaouais a contribué par ses initiatives à former 182 finissants en plus de ceux des cohortes des programmes réguliers.

Ce dynamisme se répercute également dans la gestion des stages en soins infirmiers. Encore cette année, le comité régional de stages a été heureux de constater que la créativité des partenaires a de nouveau généré un accroissement de 15 % des heures de stages réalisées et de 24 % du nombre de stagiaires. C'est donc 2 533 stages, totalisant plus de 210 644 heures, qui se sont déroulés au sein des établissements. Ainsi, les mécanismes de concertation mis en place favorisent le maintien d'une offre de stages de qualité répondant aux objectifs d'apprentissage, et ce, même dans un contexte d'accroissement des demandes.

Par ses stratégies régionales d'attraction de la main-d'œuvre, l'Agence a soutenu financièrement les établissements, entre autres, pour augmenter le nombre d'externats réalisés en soins infirmiers, en inhalothérapie et en laboratoire dans les CSSS. Le programme de prime d'installation pour les finissants de l'extérieur de la région a favorisé, pour sa part, l'embauche de 98 finissants qui ont décidé de venir s'établir en Outaouais.

De plus, à l'aide du soutien de l'Agence pour le financement des programmes de préceptorat, ce sont 212 infirmières et infirmières auxiliaires ayant moins de deux ans d'expérience, qui ont profité de ce programme.

L'Agence offre également un soutien aux établissements, notamment dans leurs démarches visant à améliorer les processus de travail, à ajuster les rôles et responsabilités et à introduire de nouveaux titres d'emploi dans une optique d'optimisation des rôles. Au cours de l'année, huit projets d'organisation du travail ont été soutenus dans divers domaines, tels que l'hémodialyse, les soins à domicile, l'hébergement, les unités de soins et les jeunes en difficultés. De plus, dans le cadre des appels de projets découlant des conventions collectives, la région avait, au moment de la rédaction de ce rapport, 19 autres projets paritaires démarrés, en définition ou en analyse.

Enfin, le comité régional de développement du personnel d'encadrement de l'Agence a actualisé la deuxième 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, la session d'appropriation *Les nouveaux visages de la gestion : la gestion du contrat social* a débuté et a été offerte aux comités de gestion de quatre établissements (67 gestionnaires). Le déploiement se poursuivra au cours de la prochaine année. Parallèlement à cela, des groupes de codéveloppement régional ont été mis sur pied avec la participation de 30 gestionnaires.

L'ensemble de ces projets est porteur et contribue à inverser la tendance au niveau de la pénurie de main-d'œuvre qui prévalait dans plusieurs titres d'emploi (amélioration pour huit des douze titres d'emplois jugés vulnérables). Cette stratégie, combinée aux efforts de tous les établissements et partenaires, a produit une augmentation de la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée pour soutenir l'offre de services à la population. En effet, nous constatons une augmentation des heures travaillées de 7 % depuis 2009, et une réduction de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante de 27 % depuis 2009.

Les actions et les mesures qui présentent le meilleur potentiel sont celles qui reposent sur une bonne analyse de la situation, de la problématique et des enjeux. Ainsi, au cours de l'année, l'Agence a

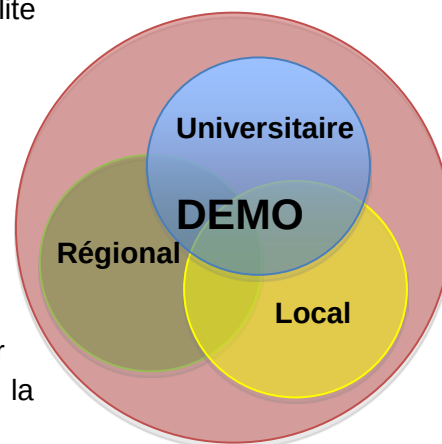
formé et accompagné les représentants des établissements afin que le cadre de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre soit déployé. Par conséquent, instaurés sur un cycle annuel, les établissements sont en mesure de produire un portrait prévisionnel de main-d'œuvre et d'élaborer selon les problématiques, un plan de main-d'œuvre local. Pour l'Agence, ce type d'exercice permet d'avoir un portrait de main-d'œuvre régional plus précis et favorise le partage des expertises et des expériences locales entre les établissements.



Direction de l'enseignement médical en Outaouais

Au cours de l'exercice 2012-2013, la gestion de l'enseignement médical en Outaouais a été concentrée au CSSS de Gatineau. Ce dernier, en collaboration avec ses partenaires, procède à la mise en place de la Direction régionale de l'enseignement médical en Outaouais (DEMO). Cette nouvelle direction-conseil s'assure des orientations stratégiques, facilite l'interopérabilité et développe, au sein du CSSS de Gatineau et des établissements de la région de l'Outaouais, la formation médicale décentralisée

Les liens entre les fonctions universitaires, les mandats régionaux et les opérations locales bénéficieront d'un cadre de référence pour assurer les leviers nécessaires à la mise en place d'un modèle régional d'enseignement et de soutenir la mission académique. Un de ses objectifs est d'optimiser l'utilisation des ressources pour assurer le développement de l'enseignement médical et faire vibrer la culture universitaire dans les milieux.



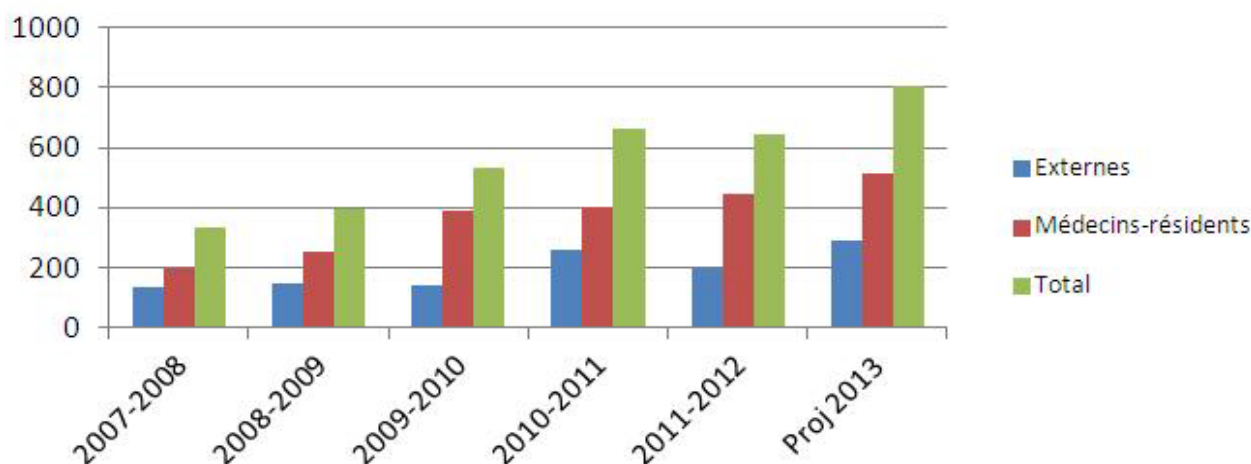
La DEMO possède trois axes : universitaire, régional et local

Elle coordonne les activités d'enseignement auprès des universités qui utilisent les milieux cliniques de l'Outaouais comme site d'enseignement. Sa gouvernance médico-administrative implique une cogérance : un médecin occupe le poste de directeur régional de l'enseignement médical et un administrateur occupe le poste de directeur régional des affaires universitaires. Elle regroupe sous une même direction régionale les mesures pour soutenir concrètement les ressources afin de maintenir et de développer leurs différentes compétences et l'interdisciplinarité.

En résumé : Plus de 800 mois de stage suite à la mise en place de la DEMO

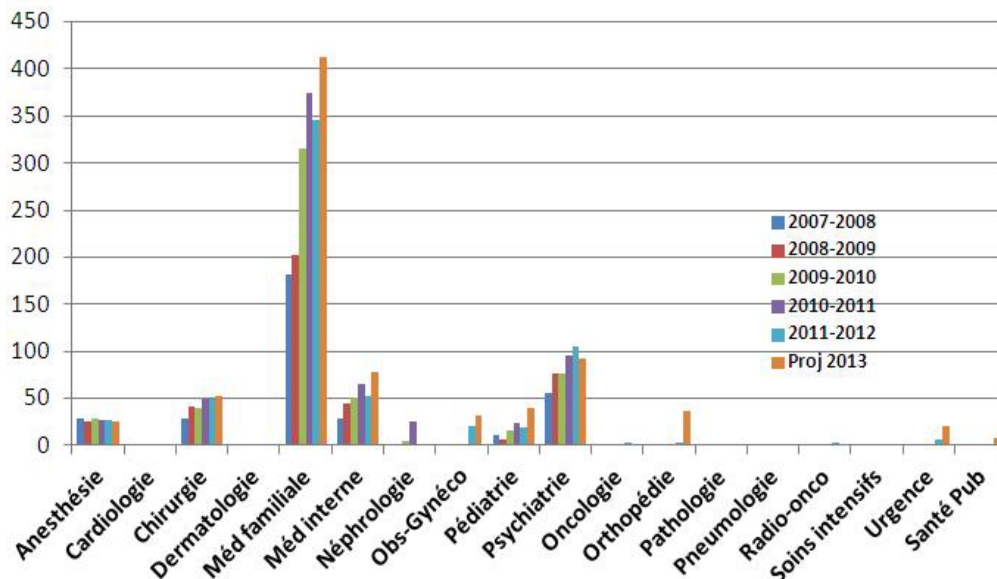
Progression des stages cliniques en Outaouais de 2007 à 2013

Évolution des mois de formation en Outaouais de 2007 à 2013



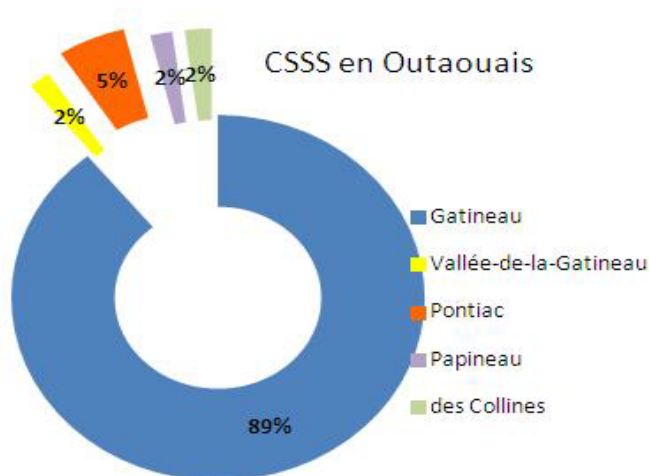
Les stages pré-cliniques, stages d'été, d'immersion clinique et APP ne sont pas inclus dans les calculs

Évolution des mois de formation par spécialité de 2007 à 2013

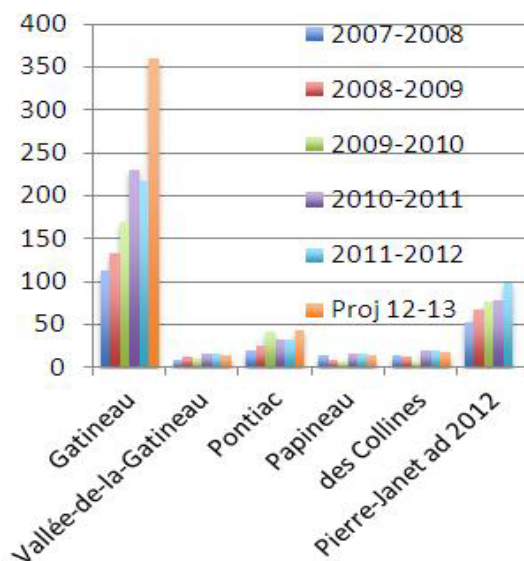


Les stages pré-cliniques, stages d'été, d'immersion clinique et APP ne sont pas inclus dans les calculs

Répartition par CSSS



Nombre de stagiaires



- ⇒ L'externat intégré termine sa troisième année. Nos étudiants ont témoigné de leur expérience enrichissante et fait la promotion auprès de leurs collègues de 2e année; douze nouveaux étudiants débuteront leur programme en juillet prochain;
- ⇒ L'unité de médecine de famille (UMF) a connu, encore une fois, un immense succès et a pourvu tous ses postes de résidence en médecine familiale et a un taux de rétention de 80 %. Plusieurs nouveaux médecins s'implantent dans différents milieux cliniques. L'UMF s'implique également dans la recherche en soins de santé de première ligne en collaborant avec le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP);
- ⇒ Les stages cliniques pour les IPS-SPL permettent aux candidates de se familiariser avec leurs futurs milieux de pratique;

- ⇒ Le groupe de travail sur l'étude de faisabilité de la formation fondamentale mène à terme ses travaux. Son rapport suivra avant la fin de l'année académique 2014;
- ⇒ Le prototype de l'outil *Evidence Based Medecine – Population Intervention Comparative Outcome* (EBM-PICO), développé en partenariat avec l'Université du Québec en Outaouais (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.

Recrutement de médecins

L'année 2012-2013 a contribué à la poursuite de la mise en place d'activités permettant une visibilité accrue des établissements de l'Outaouais, auprès des futurs médecins et de ceux déjà établis en pratique. Une approche régionale a permis de véhiculer une image d'unité et de solidarité de notre réseau illustrée, par de nouvelles activités de recrutement auprès des étudiants et des résidents en médecine.

L'Agence a donc réalisé, de concert avec l'ensemble de ses partenaires du réseau de la santé de l'Outaouais, des visites exploratoires pour 29 médecins, soit 20 médecins de famille et 9 spécialistes.

La collaboration des médecins de l'ensemble des établissements de santé de la région a permis de recevoir 47 futurs médecins dans le cadre du programme des stages d'été. Ces étudiants ont pu découvrir les milieux ruraux et urbains et tous les CSSS. De plus, le programme de stages en clinique médicale ne cesse de croître en popularité auprès des étudiants, passant d'une dizaine de candidatures en 2001 à plus de 245 au cours de l'année 2012-2013.

L'Agence continue de travailler en étroite collaboration avec Recrutement Santé Québec et avec les différents partenaires impliqués dans le recrutement à l'étranger, notamment auprès des médecins français dans le cadre de l'entente France-Québec.

De plus, l'Agence participe avec tous les établissements de santé de la région à plusieurs tournées de recrutement pour accroître la visibilité de la région, particulièrement auprès des futurs médecins de famille. Un comité régional de recrutement et de rétention de médecins a également été mis sur pied.

Toutes ces mesures ont permis de recruter 19 médecins de famille et 21 médecins spécialistes qui sont arrivés en pratique dans la région cette année.



Évolution du Plan d'action régional en santé publique

Le Plan d'action régional en santé publique 2009-2012 (PAR) a été prolongé jusqu'en 2015 en conformité avec la décision du MSSS de reconduire le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP) jusqu'en 2015, qui coïncide avec la période de référence de sa planification stratégique. D'ailleurs, les travaux de révision du PNSP, entamés en 2012 par la Direction générale de santé publique du MSSS, ont été reportés afin d'investir dans la réalisation d'un livre vert sur une politique nationale de la prévention en santé qui influencera le contenu du prochain PNSP.

Au niveau régional, un exercice d'évaluation et de planification du PAR a débuté à l'hiver 2013 dans l'optique de développer une vision concertée du nouveau PAR dans la région. Un Comité régional de soutien à la mise en œuvre du PNSP, mandaté par la Table régionale de santé publique (TRSP), a donc été mis sur pied en février 2013 dans le but de soutenir une démarche d'évaluation et de planification participative et collaborative entre la Direction de santé publique (DSP) et les CSSS autour de l'actualisation du PNSP, tant au niveau régional que local, à travers les Plans d'action locaux (PAL) des CSSS. En plus de cet objectif, le comité souhaite contribuer à l'atteinte d'une appropriation commune du PNSP par les membres de la TRSP, incluant sa révision, dans un but d'amélioration continue et de performance des actions en santé publique.

Le comité est également responsable de concevoir un plan d'action pour la réalisation du prochain PAR qui vise à maintenir la cohérence entre la démarche d'évaluation régionale et les travaux qu'entreprend le MSSS, et à susciter l'adhésion des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et les partenaires. Il envisage de réaliser des collectes de renseignements et d'effectuer des analyses en vue d'apporter un soutien aux décisions de la TRSP. La première réalisation du comité a été d'encadrer la démarche ministérielle biennale d'évaluation de l'implantation des activités du PNSP qui s'est déroulée de mars à mai 2013.

Consolidation des partenariats et soutien des actions intersectorielles en lien avec les saines habitudes de vie

La DSP coordonne la Concertation régionale pour de saines habitudes de vie en Outaouais mise en place pour soutenir l'actualisation du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : Investir pour l'avenir* (PAG). Figurant au plan d'action de la Concertation, le projet *Pour des familles outaouaises actives et en santé* s'actualise dans la région jusqu'en juin 2014 et vise à sensibiliser, mobiliser, soutenir les élus et les décideurs municipaux et scolaires ainsi que les partenaires des concertations locales à la mise en place d'environnements favorables à la saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif. Financée par le Fond Québec en Forme à la hauteur de 420 000 \$, la Conférence régionale des élus de l'Outaouais (CRÉO) agit à titre de fiduciaire et la DSP assure l'encadrement du chargé de projet. La Concertation a également accepté un mandat régional de formation, soutenu par le comité québécois de formation sur les saines habitudes de vie (MSSS, Québec en Forme, Institut national de santé publique), financé par Québec en Forme, la DSP étant mandataire et fiduciaire. S'inscrivant dans la première étape de notre projet régional consistant à sensibiliser les acteurs leviers, des sessions de sensibilisation aux environnements favorables aux saines habitudes de vie sont déployées. Au 31 mars 2013, 425 acteurs avaient participé à l'une des 29 sessions offertes en Outaouais.

La Concertation régionale aura également permis de resserrer les liens avec les municipalités qui se sont engagées à élaborer ou à mettre à jour leur politique familiale municipale. Le partenariat établi avec le ministère de la Famille, le Carrefour action municipale et famille et les ressources saines habitudes de vie de la DSP et des CSSS a permis de favoriser l'inclusion d'un volet soutenant les saines habitudes de vie au sein des politiques adoptées.

L'engagement des élus municipaux à la mise en place d'environnements favorables constitue aussi un objectif du projet. Les élus sont rencontrés et actuellement, 11 municipalités sont prêtes à s'engager par la signature d'une charte contenant des actions qu'elles réaliseront pour soutenir la création d'environnements favorables.

La DSP a également collaboré au processus menant à l'élaboration du schéma d'aménagement de la ville de Gatineau et a présenté un mémoire dans le cadre des consultations publiques. Des recommandations de santé publique ont été déposées à la municipalité régionale de comté des Collines-de-l'Outaouais dans le cadre de la révision de son schéma d'aménagement.

Le partenariat entre la Table de concertation agroalimentaire de l'Outaouais, la DSP et les CSSS s'est poursuivi par le déploiement de la campagne *Croquez l'Outaouais en santé!* incluant la parution de chroniques, de capsules vidéo et de recettes santé.

Les liens de partenariat avec les concertations territoriales se sont poursuivis dans le cadre des sessions de sensibilisation aux environnements favorables aux saines habitudes de vie alors que les plans d'action reflètent davantage cette dimension. Le travail se poursuit par un soutien financier pour la réalisation de projets de mise en place d'environnements favorables à la saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif dans tous les territoires. La Concertation régionale maintient également son engagement à soutenir les territoires par des actions structurantes avec les leviers régionaux dont elle dispose.



Développement des communautés

La DSP s'implique dans le développement des communautés afin d'améliorer l'état de santé de la population de l'Outaouais par des actions sur les déterminants sociaux de la santé.

Portrait des communautés de l'Outaouais

L'utilisation de statistiques démographiques, sociales, économiques ou sanitaires est aujourd'hui répandue pour comprendre et analyser les besoins des populations et élaborer des solutions qui y répondent. Le projet a commencé en 2009 et visait à réaliser, avec une douzaine de partenaires, un portrait différencié des communautés de la région de l'Outaouais en fonction de leurs caractéristiques, de leurs besoins et de leur potentiel de développement.

La réalisation du projet a compris quatre étapes : le découpage de l'Outaouais en 106 communautés; l'analyse statistique et l'application géomatique des données; l'appréciation du potentiel de développement des communautés et la diffusion des résultats/évaluation de la démarche. En 2012-2013 nous étions rendus à la dernière étape, soit la diffusion des résultats/évaluation de la démarche.

À l'automne 2012, des sessions d'appropriation du Portrait des communautés ont eu lieu dans chacune des MRC et à la Ville de Gatineau. Ces sessions visaient à outiller les intervenants locaux des territoires par rapport au Portrait des communautés ainsi qu'aux meilleures pratiques en développement des communautés.

Une évaluation du Portrait des communautés a également eu lieu et se divisait en trois étapes : 1) la mobilisation des partenaires depuis 2009; 2) la qualité et l'appréciation des sessions d'appropriation; 3) l'impact de ces sessions d'appropriation sur le travail à long terme des intervenants locaux des territoires.



Fonds de soutien au développement des communautés

Un soutien financier a été accordé à 21 projets dans le cadre du Fonds de soutien au développement des communautés. Les montants accordés pour chacun des projets ont varié entre 1 500 \$ et 35 000 \$ pour un montant total de 425 000 \$. 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, à l'adoption de saines habitudes de vie et au soutien de structures de concertation en lien avec le développement social des territoires.

Travaux sur les déterminants majeurs de santé de la population

Les déterminants de la santé de la population sont souvent décrits comme étant les causes de problèmes de santé et de problèmes sociaux. Les plus importants sont le revenu et les iniquités sociales, le réseau de soutien des individus et des familles et l'éducation. La DSP module entre autres toutes ses actions en fonction de la réduction des inégalités sociales de santé. Elle fait connaître les déterminants majeurs, notamment par la diffusion du Portrait de santé, et anime, avec les CSSS, les leviers d'influence sur le terrain, avec les représentants des autres secteurs d'activités (éducation, municipalités, environnement, communautés, etc.). Par l'interprétation et la diffusion de résultats d'enquêtes de santé générales et spécifiques, par exemple l'Enquête sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), la DSP contribue à l'évolution des pratiques professionnelles dans son réseau et dans ceux de ses partenaires intersectoriels.

Intégration et mise en réseau des services de santé et des services sociaux

Comité de suivi de l'implantation des RLS et des projets cliniques

Un comité de suivi de l'implantation des RLS et des projets cliniques relevant de la Table des directrices générales et des directeurs généraux (Table des DG) a été mis en place. Ce comité est composé de trois directeurs généraux d'établissements et de trois directeurs de programmes de l'Agence. Les membres se sont rapidement entendus sur le fait que pour réanimer l'intérêt au sujet

des RLS et des projets cliniques, il fallait faire une activité pour s'approprier des concepts associés à la transformation du réseau. Cette préoccupation n'était pas celle de l'Outaouais uniquement puisque l'Agence a collaboré avec le MSSS à la réalisation d'un événement provincial sur la responsabilité populationnelle devant se tenir en mai 2013.

Soutien de l'approche populationnelle

Les travaux se sont poursuivis au niveau des CSSS afin de mettre en œuvre leurs projets cliniques ou élaborer des plans d'action afin d'en développer de nouveaux. Dans cette foulée, plusieurs CSSS ont établi des ententes avec leurs partenaires régionaux afin de faciliter la trajectoire de services pour les clientèles. À cet effet, ils sont soutenus par l'Agence. Des établissements se sont dotés de plans d'action locaux pour améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux de la clientèle anglophone, conformément aux orientations dotées dans le plan d'action régional pour le Programme d'accès. Ils ont également poursuivi leurs relations avec les partenaires des autres secteurs d'activités dans le cadre de divers projets ou tables de concertation.

Hiérarchisation des services de santé et des services sociaux

La majorité des CSSS ont planifié, amorcé et établi des arrimages entre la première ligne et les services spécialisés pour favoriser les trajectoires de services pour leurs clientèles en collaboration avec les établissements régionaux et leurs partenaires communautaires.

On constate qu'il y a des progrès en Outaouais dans la mise en place de RLS sur tous les territoires de CSSS.

Direction de santé publique - Publications et rapports 2012 - 2013

Pour informer la population, les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux ont rendu disponibles sur le site Web de l'Agence plusieurs documents, tels que :

- ⇒ Résultats régionaux de l'Enquête québécoise sur les jeunes du secondaire, Volet 1, Santé physique et Consommation de tabac, drogues et alcool;
- ⇒ Bulletins de surveillance INFO-POP 07;
- ⇒ Bulletins de l'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants (ICIDJE) en Outaouais portant sur l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM);
- ⇒ Projections démographiques pour la région de l'Outaouais, les territoires de CSSS et certains anciens districts de CLSC mis à jour;
- ⇒ Bulletins de l'Info-Protection;
- ⇒ Cadre de référence et outil d'analyse : Contribuer à la santé et au bien-être de la population outaouaise par le recours aux pratiques cliniques préventives.

La DSP a présenté des mémoires ou des recommandations concernant ses préoccupations quant aux risques à la santé de la population et aux mesures pouvant les atténuer ou les éliminer lors d'audiences tenues par le Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE), les municipalités ou les MRC :

- ⇒ Projet de réaménagement de la rue Jacques-Cartier : enjeux de santé publique. Les traumatismes non intentionnels et les déplacements actifs (octobre 2012);
- ⇒ Schéma d'aménagement de la ville de Gatineau, recommandations de santé publique en lien avec la révision du schéma d'aménagement de la ville de Gatineau (octobre 2012);
- ⇒ Plan de déplacement durable de la ville de Gatineau (octobre 2012);
- ⇒ Recommandations de santé publique en lien avec la révision du Schéma d'aménagement et de développement de la MRC de Papineau (2012).
- ⇒ Mémoire sur le Schéma d'aménagement de la MRC des Collines, Recommandations de santé publique en lien avec la révision du Schéma d'aménagement et de développement de la MRC des Collines de l'Outaouais (2013);



Services médicaux de base pour la population – première ligne

Selon les données disponibles au MSSS, le pourcentage de la population de l'Outaouais inscrite auprès d'un médecin de famille est de 55,4 % en février 2013, dont 36,8 % à un médecin membre d'un GMF et 18,6 % auprès d'un médecin hors GMF. Ce pourcentage d'inscription de la population se compare aux données des années antérieures soit 53,84 % en mai 2012 et 48,7 % en mai 2010. La proportion élevée de la population sans médecin de famille s'explique par le fait que le nombre de médecins de famille dans la région est relativement stable. Cependant, les données démographiques démontrent une forte croissance de la population depuis quelques années. De plus, la population est vieillissante.

L'Outaouais compte actuellement 12 GMF. De ces 12 GMF, huit sont situés sur le territoire du CSSS de Gatineau et les quatre autres sont répartis sur chacun des territoires périphériques de la région soit, Papineau, Pontiac, Collines et Vallée-de-la-Gatineau. L'ensemble des GMF doit offrir des plages de clinique sans rendez-vous à leur clientèle inscrite avec l'un des médecins de famille membre du GMF, et ce, 365 jours par année. Ils ont également l'obligation d'offrir à leur clientèle inscrite un service continu, s'assurant de pouvoir accueillir toutes demandes de voir un médecin en sans rendez-vous, et ce, dans les 48 heures afin d'éviter que la clientèle inscrite ait à se présenter à un service d'urgence.

Toutefois, un GMF, le GMF Coop Santé d'Aylmer, situé au 67, rue du Couvent dans le secteur d'Aylmer, accueille toute clientèle en sans rendez-vous, c'est-à-dire la clientèle inscrite de même que des personnes qui n'ont pas de médecin de famille membre de ce GMF, ou qui sont orphelins. De plus, à Gatineau, deux cliniques offrent des périodes de sans rendez-vous à toute clientèle, soit la Clinique d'urgence de l'Outaouais, située au 25, boulevard de la Savane et la Coop Santé de Gatineau située au 200, boulevard Gréber.

Plusieurs actions sont mises de l'avant par l'Agence, en collaboration avec le DRMG et les médecins œuvrant en première ligne en Outaouais, afin d'améliorer l'accès à un médecin de famille dans la région, et ce, pour toute la clientèle.

Notamment, une attention toute particulière est portée sur le recrutement de nouveaux médecins. Il est à noter que la pénurie majeure vécue en Outaouais, comme partout au Québec, en termes d'effectifs médicaux en omnipratique, affecte considérablement l'accessibilité. Les médecins de famille de la région tentent de répondre à la demande toujours grandissante, mais peinent à répondre à l'ensemble de la population. Afin de maintenir les services de base, les médecins, en plus de leur pratique en cabinet, sont tenus de participer aux activités des CSSS.

D'autre part, les médecins des GMF sont fortement incités à travailler en interdisciplinarité avec d'autres professionnels de la santé (infirmières, pharmaciens, nutritionnistes, etc.), ceci afin de permettre aux autres professionnels d'intervenir, selon leurs compétences, auprès de la clientèle et ainsi libérer le médecin afin qu'il puisse effectuer davantage de prise en charge.

Notons également l'impact anticipé de l'implication des IPS-SPL qui donne une amélioration significative au niveau de l'accès.

L'approche d'accès à l'équipe de première ligne plutôt que d'accès à un médecin de famille est de plus en plus d'actualité avec, notamment le développement des GMF et leur évolution. L'Outaouais

observe et s'implique avec grand intérêt dans le développement de leviers développés et mis en place par le MSSS.

Aussi, le DRMG et l'Agence invitent les médecins de la région à réviser leurs mécanismes d'accès (accès adapté). Les objectifs de cette approche sont :

- ⇒ améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne;
- ⇒ augmenter la prise en charge;
- ⇒ diminuer les délais d'attente pour un rendez-vous;
- ⇒ augmenter la satisfaction au travail pour les médecins et leur équipe;
- ⇒ créer un environnement de travail stimulant;
- ⇒ augmenter le travail en interdisciplinarité au sein de l'équipe de première ligne;
- ⇒ mettre l'accent sur la satisfaction de la clientèle.

En d'autres termes, l'Outaouais et ses acteurs sont impliqués dans le développement d'une première ligne forte pouvant répondre aux besoins de leur population.

Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

Le Comité de coordination sur l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) poursuit ses travaux afin de mettre en place des conditions optimales favorisant le déploiement d'IPS-SPL en Outaouais. Les médecins de famille sont de plus en plus intéressés à accueillir des IPS-SPL soit en stage, soit lorsqu'elles sont candidates.

Deux nouveaux GMF ont été accrédités par l'Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec (OIIQ) au cours de l'été 2012, lesquels s'ajoutent à la trentaine de sites déjà reconnus pour les stages. L'Agence participe activement aux activités permettant d'accroître le nombre d'inscriptions au programme de l'UQO (description des postes disponibles en région sur le site internet de l'Agence, témoignage d'une IPS-SPL recueilli sur une vidéo promotionnelle et inséré au site internet, planification d'activités annuelles de visibilité, kiosque au Symposium des IPS à Trois-Rivières 2012, etc.). Les IPS-SPL déjà implantées sont très actives dans la formation de nouvelles recrues et soutiennent également leurs CSSS dans l'organisation de formation aux infirmières.

Au cours de l'année 2012-2013, quatre étudiantes ont terminé leur scolarité et ont satisfait aux exigences des stages autant en milieu rural qu'urbain. Ces stages ont été réalisés grâce à la collaboration de médecins partenaires engagés et d'IPS-SPL déjà en place. Ces quatre étudiantes devenues candidates ont toutes signé un contrat d'embauche avec un établissement de la région, ce qui fait en sorte que l'Outaouais a actuellement au moins une IPS-SPL sur chacun de ses territoires.

Portrait actuel de l'implantation

Territoire de CSSS	Nombre d'IPS-SPL (inclus les candidates et étudiantes)	Nombre de médecins partenaires	Site de partenariat
CSSS de Gatineau	5	23	- CLSC - GMF
CSSS du Pontiac	1	9	GMF
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	1	3	CLSC
CSSS des Collines	1	1	- GMF - CLSC
CSSS de Papineau	5	11	- GMF - CLS - Clinique médicale



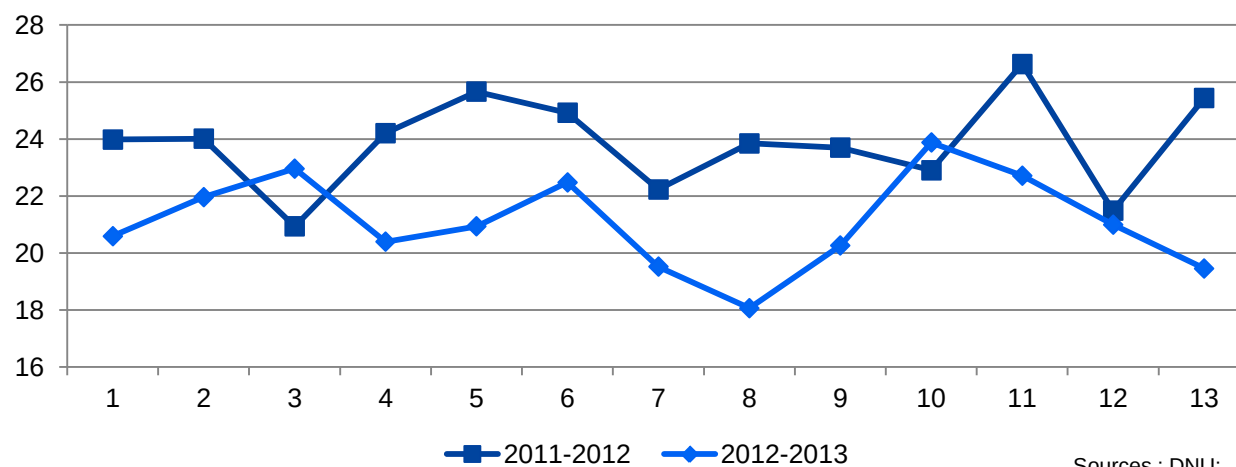
Urgences

L'ensemble des urgences dans la région de l'Outaouais sont suivies par l'Agence de façon quotidienne depuis quelques années. De plus, des interventions directes avec les responsables des urgences sont effectuées lorsque la situation de la gestion des civières et des lits devient difficile.

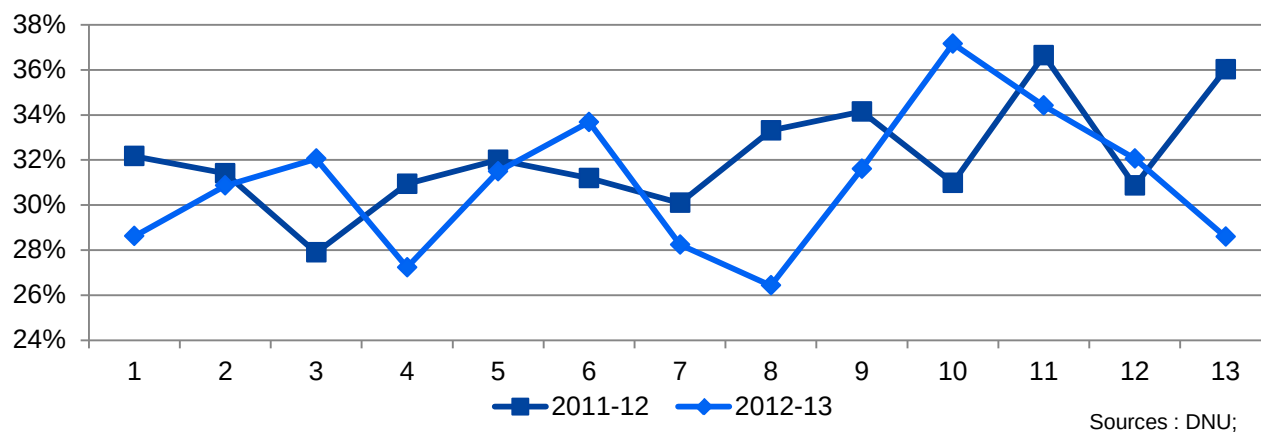
Dans la dernière année, plusieurs actions ont été mises en place afin d'améliorer les services à la population dans les urgences. Les graphiques suivants démontrent l'évolution de certains indicateurs suivis par l'Agence et les établissements de la région.

Ces graphiques démontrent les efforts déployés à l'amélioration des services dans les urgences. La durée moyenne de séjour à l'urgence ainsi que les séjours de 24 heures et plus sur civière dans les urgences ont diminué de façon significative. Même si les objectifs ne sont pas encore tous atteints, les statistiques indiquent un net progrès.

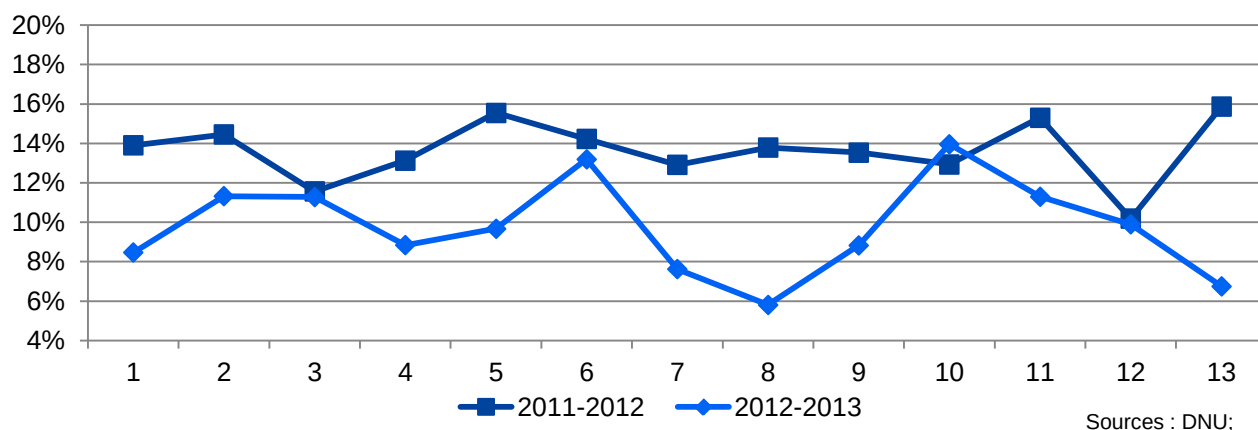
Durée moyenne de séjour, urgences de l'Outaouais



Proportion des séjours de 24 heures et plus, urgences de l'Outaouais

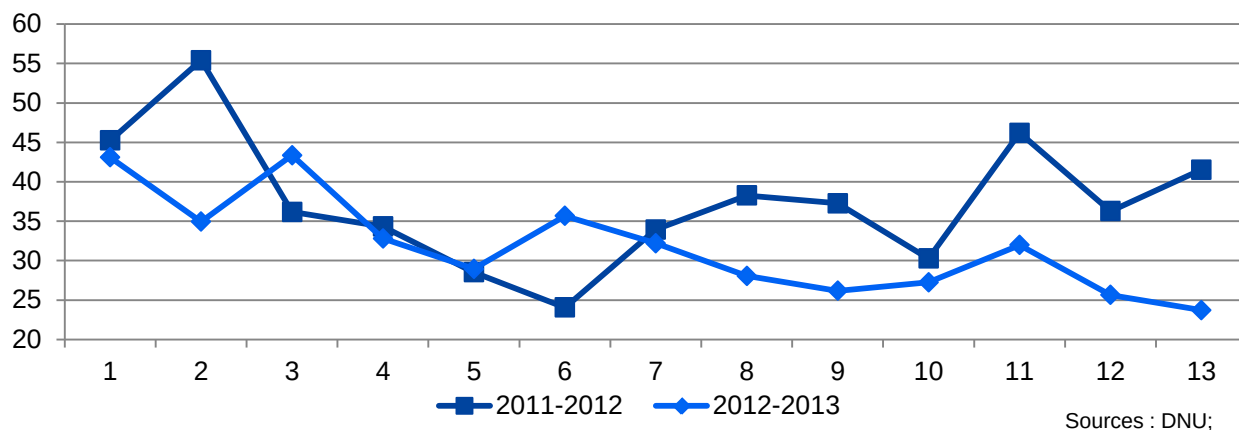


Proportion des séjours de 48 heures et plus, urgences de l'Outaouais

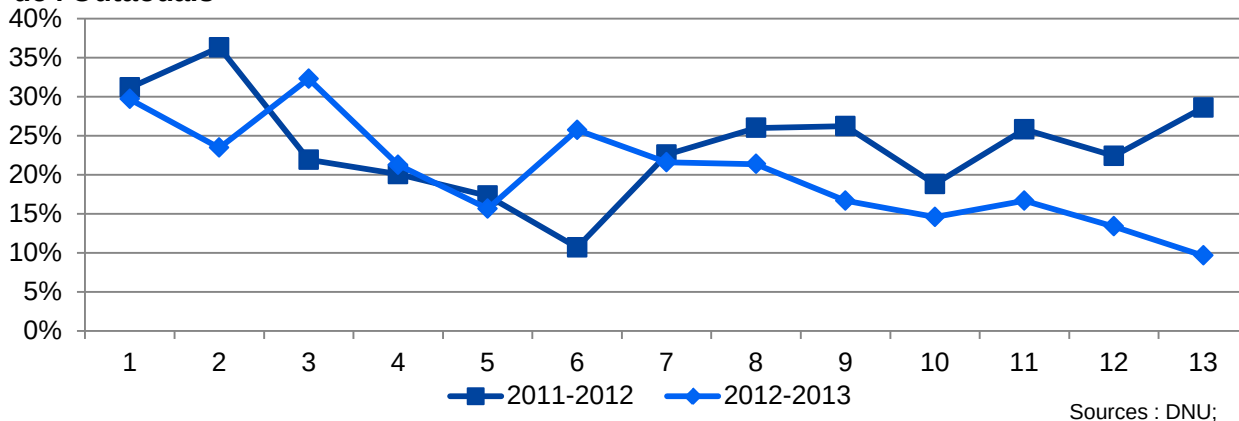


Certains indicateurs concernant la santé mentale ont été identifiés et là aussi il y a eu une nette amélioration sur la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence et sur les séjours de plus de 48 heures à l'urgence a pu être observé, comme l'indiquent les graphiques suivants.

Santé mentale, Durée moyenne de séjour, urgences de l'Outaouais



Santé mentale, Proportion des séjours de 48 heures et plus, urgences de l'Outaouais



En ce qui concerne les personnes âgées de 75 ans et plus, une augmentation de patient sur civière a été observé à l'urgence de 5,1 % pour la dernière année, par contre pour cette même période la durée moyenne de séjour à l'urgence a diminuée de 5,2 heures.

Afin d'améliorer les services d'urgence, les établissements ont mis en place différentes mesures, telles que :

- ⇒ Ouverture de deux unités d'hospitalisation brève à l'Hôpital de Hull et à l'Hôpital de Gatineau. Ces unités permettent d'admettre certains patients des urgences qui auparavant, pouvaient passer plus de 48 heures sur une civière à l'urgence. De plus, les services offerts sur les unités d'hospitalisation brève sont plus complets et plus spécialisés afin de répondre de façon plus spécifique aux besoins de cette clientèle;
- ⇒ Concentration des activités de consultation d'urgence en santé mentale à l'Hôpital de Gatineau;
- ⇒ Ouverture d'une unité de transition en santé mentale à l'Hôpital de Gatineau. Cette unité permet aux psychiatres de mieux évaluer les besoins du patient et de l'orienter vers le service requis à sa condition de santé;
- ⇒ Création d'une équipe pour les *Grands visiteurs* en santé mentale sur le territoire du CSSS de Gatineau;
- ⇒ Création d'une équipe pour *Grands visiteurs* à l'Hôpital de Buckingham. Les patients identifiés comme *Grands visiteurs*, souffraient principalement d'une maladie respiratoire ou circulatoire. Pour cette cohorte, le nombre de visites à l'urgence a diminué de 60 %.

L'approche adaptée pour les personnes âgées de 75 ans et plus est implantée ou en implantation dans tous les CSSS de la région. Cette approche permet aux personnes âgées d'avoir des services mieux adaptés à leur situation et de récupérer plus rapidement lors d'un séjour à l'hôpital.



Mission régionale en santé mentale

Si l'année 2011-2012 constituait la phase préparatoire à l'intégration du Centre hospitalier (CH) Pierre-Janet au CSSS de Gatineau, l'année 2012-2013 a servi de tremplin pour la prise en charge de la mission régionale en santé mentale par le CSSS de Gatineau. Il est bon de rappeler que cette intégration corporative, administrative et clinique qui a eu lieu le 29 janvier 2012 est le fruit d'une démarche de longue haleine tout au long de 2011-2012, ainsi que d'un travail d'équipe soutenu de la part des trois organisations en cause (CH Pierre-Janet, CSSS de Gatineau et Agence). Les organisations ont convenu d'une période de transition de trois ans pour assurer la réalisation de l'intégration selon les paramètres fixés dans l'entente administrative adoptée en juin 2011.

En mars 2012, les plans de transition dans les secteurs administratifs, des ressources humaines, de l'organisation médicale et de l'organisation des services ont été finalisés par les divers chantiers concernés. De plus, les plans d'action en matière d'organisation de services ont fait l'objet de discussions entre l'ensemble des partenaires locaux et régionaux en santé mentale lors d'un forum régional tenu le 23 février 2012. Plus de 85 administrateurs, gestionnaires, médecins et professionnels y ont participé.

Réalisations 2012-2013

La gestion de la transition au CSSS de Gatineau

Fort des travaux réalisés en 2011-2012, le CSSS de Gatineau s'est mis à l'œuvre afin de s'assurer d'une transition avec un minimum d'impacts. Un gestionnaire de transition a été nommé, assumant la responsabilité de la coordination des démarches de transition et du soutien aux directions du CSSS dans les transformations requises. Des stratégies de communication ont été développées et des outils d'appui ont été mis en place, tel que le Café HPJ, une rencontre hebdomadaire du gestionnaire de transition avec l'ensemble des cadres de l'Hôpital Pierre-Janet. Soulignons également la mise sur pied d'un groupe de travail composé de représentants du personnel et des utilisateurs de services de santé mentale, permettant de prendre le pouls du milieu et de recevoir leurs observations.

Mise en œuvre des plans de transition et des plans d'action

Les directions concernées du CSSS de Gatineau ont poursuivi la mise en place des mesures identifiées par les chantiers dans les plans de transition. Il va de soi, les réalisations les plus concrètes au cours de la première année de transition concernent les secteurs plus administratifs. Compte tenu du nombre et de la complexité des actions visées, ainsi que du nombre d'intervenants concernés, les domaines de l'organisation des services et de l'organisation médicale n'ont pas progressé au même rythme. Il faut aussi souligner la nomination plus tardive que prévue du chef du Département de psychiatrie, ce qui a eu pour effet de ralentir les travaux dans ce secteur.

Mesures pour améliorer l'offre de services régionaux

Le CSSS de Gatineau, avec l'appui de l'Agence, a aussi procédé à des transformations significatives et à la consolidation de services régionaux, contribuant à l'atteinte de cibles en matière de services d'urgence dans les hôpitaux de Hull et Gatineau, dont :

- ⇒ la concentration des activités de consultation d'urgence de trois sites à l'Hôpital de Gatineau et une concentration des professionnels au même site;
- ⇒ l'ouverture de sept places d'hébergement de transition, ainsi que sept places en ressources intermédiaires en santé mentale;
- ⇒ et la mise en place de l'équipe *Grands visiteurs* des urgences.

Travaux du Comité de vigie

En avril 2012, le Comité de vigie a commencé ses travaux de suivi de la démarche d'intégration. Ce comité présidé, par monsieur Pierre Colletterte, et regroupant 17 personnes issues du CSSS de Gatineau, de l'Hôpital Pierre-Janet, des partenaires de la région, des usagers et de l'Agence, a pour rôle de :

- ⇒ suivre l'évolution de la mise en œuvre du processus d'intégration sur la période de transition de trois ans et s'assurer du respect des principes guidant l'intégration et de l'accord convenu;
- ⇒ faire rapport aux CA de l'Agence et du CSSS de Gatineau sur l'évolution du processus, ainsi que sur l'analyse de divers indicateurs-clés. Ceci inclut un suivi global des résultats des travaux des chantiers, en termes d'amélioration de l'offre régionale de services découlant de l'intégration.

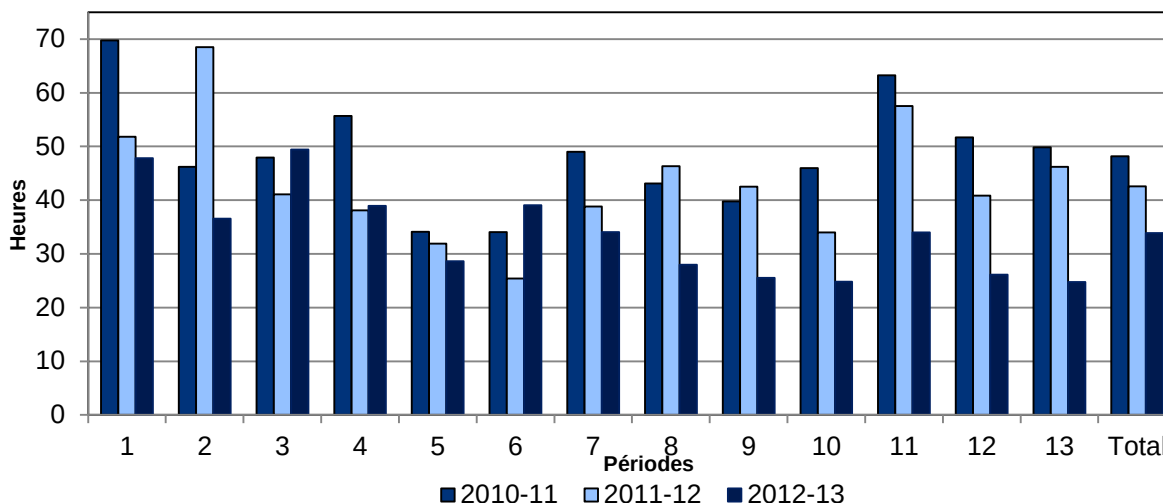
Le comité s'est déjà réuni à cinq reprises entre avril 2012 et avril 2013. Il s'est doté d'un cadre d'analyse des résultats et a identifié l'outillage requis pour assurer un suivi continu des principes issus de l'entente administrative, ainsi que les résultats visés. Il a reçu périodiquement des rapports de suivis des plans des chantiers, ainsi qu'un tableau de bord des résultats.

Résultats 2012-2013

Le Comité de vigie a pu constater, à l'analyse du tableau de bord, des améliorations intéressantes quant à l'offre de services en santé mentale, en comparant la période pré-intégration avec la première année de la période de transition, dont :

- ⇒ une diminution de la durée moyenne de séjour sur civière dans les urgences du CSSS de Gatineau, ainsi que la proportion des 24 h et des 48 h;

Durée moyenne de séjour sur civière en santé mentale Gatineau et Hull, 2010-11 à 2012-13



- ⇒ une tendance à la hausse du volume de suivis et de consultations psychiatriques en externe dans certains territoires;

Consultations et suivis	P13 2011-2012	P13 2012-2013
Pédopsychiatrie	3 076	3 913
Adulte et psychogériatrie	14 917	16 026

- ⇒ le maintien de la tendance à l'augmentation des admissions de résidents des territoires périphériques dans les lits de l'Hôpital Pierre-Janet;
- ⇒ une amélioration de la gestion quotidienne des admissions dans les lits de soins actifs de l'Hôpital Pierre-Janet;
- ⇒ une augmentation de la capacité en matière d'hébergement.

Services en santé mentale

Au cours de l'année 2012-2013, la région a poursuivi la consolidation de l'offre de services en santé mentale afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Quelques réalisations et résultats témoignent des efforts déployés :

- ⇒ mise en place d'une garde médicale et d'un service d'urgence pédopsychiatrique au CSSS de Gatineau;
- ⇒ rehaussement du déploiement des effectifs médicaux en pédopsychiatrie dans tous les territoires des CSSS et mise en place d'un service de soutien aux partenaires de la première ligne;
- ⇒ consolidation des guichets d'accès en santé mentale locaux et régionaux (secteur jeunesse);
- ⇒ projet pilote en télé-psychiatrie dans le territoire du Pontiac pour la clientèle de 0-13 ans;
- ⇒ augmentation du nombre d'effectifs médicaux en psychiatrie adulte;
- ⇒ amélioration significative des résultats des indicateurs de suivi des urgences au CSSS de Gatineau, comme en témoigne la diminution de la durée moyenne de séjour sur civière ainsi que la proportion des séjours de 48 heures et plus sur civière pour un problème de santé mentale;
- ⇒ mise en place d'une unité de transition à l'urgence de l'Hôpital de Gatineau dans le cadre du désengorgement des urgences;
- ⇒ mise en place d'une équipe pour la prise en charge de la clientèle *Grands visiteurs* des urgences au CSSS de Gatineau;
- ⇒ concentration des activités de consultation psychiatrique d'urgence à l'Hôpital de Gatineau;
- ⇒ implantation du suivi intensif en milieu rural dans les territoires de Papineau et de la Vallée-de-la-Gatineau;
- ⇒ approbation par l'Agence d'un projet de développement d'un milieu de vie pour la clientèle avec troubles graves du comportement (TGC) hospitalisée présentement à l'Hôpital Pierre Janet et requérant un encadrement intensif et sécuritaire. Le CSSS de Gatineau a été mandaté pour effectuer la mise en œuvre de ce projet;
- ⇒ l'Agence a soutenu le CSSS de Gatineau dans l'ouverture de sept places d'hébergement de transition pour la clientèle en santé mentale. Le CSSS a ouvert également au cours de l'année sept places en ressource intermédiaire en santé mentale. Ces mesures ont permis de libérer

des lits de soins actifs à l'Hôpital Pierre-Janet;

- ⇒ réalisation d'un sondage auprès des partenaires des CSSS quant au processus d'admission aux lits régionaux de psychiatrie adulte et psychogériatrie afin de soutenir la mise en place des actions concrètes pour mieux desservir l'ensemble des CSSS et pour améliorer la collaboration et la liaison entre les CSSS et les services hospitaliers de deuxième ligne;
- ⇒ poursuite des travaux du Comité régional de suivi P.38 visant l'élaboration d'un bilan de la situation dans la région quant à l'application de la loi;
- ⇒ augmentation de l'offre de services en sismothérapie;
- ⇒ réalisation de l'inventaire de l'offre de service en santé mentale dans les CSSS de la région, les Centres jeunesse de l'Outaouais et les organismes communautaires en santé mentale;
- ⇒ collaboration à un projet de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas portant sur la consolidation des services de première ligne et des soins partagés en santé mentale impliquant le CSSS du Pontiac.



Cancérologie

La création de la Direction québécoise du cancer (DQC) au MSSS amène les agences à mettre en place une nouvelle structure de gouvernance et de coordination pour le développement de l'offre de services dans toutes les régions.

La nomination d'un directeur médical régional du programme de lutte contre le cancer en avril 2012 était une première étape afin de soutenir l'Agence dans la mise en place d'un réseau de soins performant dans l'organisation des services desservant la population de notre région selon les critères établis par la DQC. Suite à sa nomination, le directeur médical a entamé une tournée dans la région afin de recueillir les commentaires des différents acteurs du réseau dans le but d'améliorer les services et de revoir la structure régionale pour ainsi se conformer aux recommandations émises par le nouveau plan directeur de la DQC du MSSS.

En lien avec ces recommandations, des ententes de services et de collaboration entre les quatre CSSS du territoire et le centre de cancérologie du CSSS de Gatineau ont été élaborées et sont, en fin d'année, en cours de signature.

Les délais d'accès en radiothérapie sont à moins de 28 jours ouvrables pour 100 % de sa clientèle en tout temps. Par contre, des discussions entre les agences de l'Outaouais et de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que le CSSS de Gatineau sont en cours afin de planifier la mise à niveau des cas de radiothérapie référés à Gatineau dans le but d'assurer le respect des corridors de dessertes identifiés par le MSSS pour la clientèle en provenance de l'Abitibi-Témiscamingue.

Depuis avril 2009, le panier de services bucco-dentaires en oncologie est accessible pour tous les patients atteints d'un cancer de la sphère oto-rhino-laryngologie (ORL). Les dentistes ont traité temporairement les patients en cabinet privé jusqu'à l'ouverture de la nouvelle salle de dentisterie au Centre de cancérologie de Gatineau en janvier 2012. Deux dentistes sont présentement désignés pour offrir ce service sur place et, en mars 2013, toute la clientèle a été rapatriée au Centre de cancérologie. Ceci facilite l'accès aux services en centralisant au même endroit tous les soins et les services requis pour les patients souffrant de ce type de cancer.

L'Agence évalue présentement son réseau en termes de besoin de lits, d'équipes et de services dispensés dans le but d'apporter les ajustements nécessaires conformément aux normes ministérielles. Le document révisé des orientations régionales en matière de soins palliatifs a été déposé et approuvé par le CA de l'Agence. Le document fait état d'un manque d'environ douze lits en soins palliatifs, et ce, prioritairement dans le milieu communautaire. L'Agence privilégie l'idée que soit accéléré le déploiement de ces lits dans la communauté dans le but d'atteindre le ratio 1 : 10 000 habitants, attendu en 2015.

Réalisations en chirurgie

Depuis plus de six ans (avril 2007), l'application de la Loi 33 concernant le mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés ainsi que l'outil informatique Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés (SIMASS) sont en vigueur. La gestion rigoureuse des listes d'attente et une entente de services entre le CSSS de Gatineau et le CSSS de Papineau ont permis de réduire à 51 les cas en attente de plus d'un an en chirurgie.

Personnes en attente de plus d'un an par type de chirurgie au 31 mars 2011, 2012 et 2013

	31 mars 2011	31 mars 2012	31 mars 2013
PTG	1	1	0
PTH	0	0	1
Cataractes	16	2	2
Chirurgies d'un jour	399	122	37
Chirurgies avec hospitalisation	52	7	11
Total	468	132	51

Source : SIMASS; DGR, A. Petit

Les cibles de 90 % des chirurgies réalisées dans les délais sont atteintes dans tous les secteurs. La cible ministérielle en chirurgie oncologique est atteinte et 73 % des chirurgies sont réalisées en 28 jours ou moins.

Chirurgies réalisées, électives et urgentes, 2010-11 à 2012-13

	2010-11	2011-12	2012-13
Chirurgies avec hospitalisation	5 039	4 625	4 802
Cataractes	4 192	4 525	4 130
Chirurgies d'un jour	8 903	9 923	9 182
PTG	472	457	525
PTH	235	339	333
Total	18 841	19 869	18 972

Source : SIMASS; DGR, A. Petit

Un système d'information de gestion des interventions chirurgicales (GIC) est en voie d'implantation dans tous les blocs opératoires de la région, ce qui facilitera le transfert inter établissements et la planification chirurgicale.



Maladies chroniques

La préoccupation pour bien organiser les services en prévention et en gestion des maladies chroniques en Outaouais est bien présente. Des services existent déjà, selon différentes modalités, dans chacun des territoires des CSSS. La clinique d'autogestion VERS SA santé, sise au CSSS de Gatineau, est un des joyaux de cette organisation de services. En effet, cette clinique existe depuis l'automne 2009 et est récipiendaire de plusieurs prix. Elle est également reconnue par Agrément Canada comme pratique exemplaire pour ses programmes de suivis pour les maladies chroniques dont le diabète, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'hypertension et l'hyperlipidémie. Elle vise à répondre dans les meilleurs délais et selon les lignes directrices de la pratique clinique.

L'arrivée du nouveau Cadre de référence ministériel pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne à l'automne 2012, a suscité l'émergence d'un groupe de travail formé de gestionnaires des cinq CSSS dans le but de s'approprier le cadre, et établir un plan de travail pour son application dans chacun des territoires. Le Forum régional en prévention et gestion optimale des maladies chroniques en avril 2013 est l'une des initiatives du groupe. Ce dernier travaille à élaborer une vision et des orientations régionales dans une trajectoire de première ligne permettant une harmonisation des liens avec la deuxième ligne pour les maladies chroniques conformément au Cadre de référence ministériel. Un plan d'action régional est présentement en chantier.

L'Agence est à préparer un document de projet régional pour soutenir et accompagner les CSSS dans l'élaboration et la mise en œuvre de services à la population en matière de prévention et de réadaptation en maladies chroniques, et plus particulièrement en réadaptation cardiaque. Ce projet sera déposé au MSSS au cours de l'été 2013.

D'ici 2015, une clinique d'autogestion parrainée par VERS SA santé afin d'assurer l'accès au suivi du diabète, des maladies cardiovasculaires et des maladies respiratoires sera déployée sur les cinq territoires.

Services préhospitaliers d'urgence

La mission des services préhospitaliers d'urgence (SPU) de l'Outaouais est d'assurer à l'ensemble de la population outaouaise une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour objectifs de réduire la mortalité et la morbidité de la personne en détresse, et ce, en fonction des standards de qualité reconnus.

Les maillons de services nécessaires à la chaîne d'intervention préhospitalière sont :

- ⇒ Les premiers intervenants
- ⇒ Les centres 911
- ⇒ Le Centre de communication santé de l'Outaouais (CCSO)
- ⇒ Les premiers répondants
- ⇒ Les entreprises ambulancières
- ⇒ Les centres hospitaliers

En 2012-2013, la région de l'Outaouais était desservie par deux entreprises ambulancières, soit la Coopérative des Paramédics de l'Outaouais (CPO) et les Entreprises Yvon Bouchard et fils inc.

La Coopérative des paramédics de l'Outaouais couvre l'ensemble du territoire à l'exception du Lac-Rapide et la section sud du Parc de La Vérendrye qui sont desservis par les Entreprises Yvon Bouchard et fils inc.

Un nouveau contrat de service a été négocié entre le MSSS et les entreprises, qui a pris effet le 1^{er} avril 2012. L'Agence a procédé à la signature des contrats de service avec les deux entreprises du territoire et veille à appliquer les modalités relatives à celui-ci.

La flotte ambulancière est composée de 32 véhicules pour desservir la région. Notre organisation de services est orchestrée majoritairement en déploiement dynamique et en horaires de faction.

De plus, 15 municipalités ont des services de premiers répondants offert par 13 équipes; il s'agit de Cantley, St-André-Avellin, Otter Lake, Lac Blue Sea, Campbell's Bay, Duhamel, Fort-Coulonge, Lac-Simon, L'Ange-Gardien, Mansfield, Montpellier, Namur (couvre les municipalités de Boileau et St-Émile de Shuffolk), Notre-Dame de Pontmain et Notre-Dame-du-Laus.

Le contexte de la frontalité revêt un caractère particulier dans ce dossier. Historiquement, les services ontariens ont toujours desservi en mode dépannage notre région pour les appels qualifiés de hautes priorités (P0 et P1). Or, au 31 décembre 2012, il y a eu rupture de cette entraide faute de n'avoir pu formaliser une entente.

Face à cette situation, le gouvernement québécois a alors consenti à notre région un ajout temporaire de 168 heures de services et a procédé à la nomination d'un groupe d'experts pour déterminer la performance des services préhospitaliers en Outaouais avant de statuer sur un investissement permanent.

Au même moment, l'Agence recevait le mandat de travailler avec les organisations concernées à poursuivre les efforts entrepris avec le CSSS de Gatineau afin de diminuer de façon significative le

temps passé par les techniciens ambulanciers/paramédics (TAP) aux urgences de Hull et de Gatineau.

Le plan d'action de l'Agence face à l'arrêt du soutien d'Ottawa rédigé en novembre 2012 a permis de définir quatre principes afin d'encadrer la gestion de la continuité des activités, soit :

- ⇒ Assurer la continuité des fonctions essentielles et importantes;
- ⇒ Assurer une réponse et une prise d'action adaptées et adaptables;
- ⇒ Améliorer les processus opérationnels afin qu'ils répondent adéquatement aux exigences d'un plan de contingence élaboré par les services préhospitaliers d'urgence;
- ⇒ Trouver des solutions novatrices qui font appel, de façon optimale, aux ressources existantes du réseau de la santé et des services sociaux.

Formation

En avril 2012, les TAP de l'Outaouais ont reçu une formation régionale suite aux écarts d'intervention notés en assurance-qualité, les sujets abordés furent :

- ⇒ Conférence sur l'humilité de la Dre Colette Lachaine, directrice médicale nationale SPU;
- ⇒ Révision des protocoles de réanimation cardiorespiratoire et des protocoles médico-légaux;
- ⇒ Révision des étapes de rédaction lors des interventions de refus et de transfert;
- ⇒ Revus des corridors de transport primaire régional;
- ⇒ Enseignement des nouveaux critères d'inclusion et d'exclusion en matière de douleurs thoraciques dans le protocole Med-10 et les nouveaux critères d'inclusion pour l'ECG-12d;
- ⇒ Introduction au projet de recherche en réaction allergique avec l'Université McGill de Montréal.

En novembre 2012, les TAP ont reçu une formation provinciale du MSSS/SPU intitulée *L'autre côté de la médaille; promouvoir l'excellence en préhospitalier*. Cette formation était obligatoire pour tous les TAP du Québec. Les sujets abordés furent :

- ⇒ Les responsabilités légales du TAP;
- ⇒ La prise en charge du patient en situation de refus ou d'abandon;
- ⇒ Règlement sur les activités professionnelles;
- ⇒ La certitude diagnostique;
- ⇒ Les préjugés en préhospitalier;
- ⇒ Valorisation de la pratique ambulancière;
- ⇒ Campagne sur la promotion de l'excellence.

L'assurance-qualité

L'équipe d'assurance-qualité de l'Agence continue son travail d'évaluation des interventions en réanimation cardiorespiratoire, hypoglycémie, réaction allergique à 100 % des cas, les refus et les interventions pour douleur thoracique et problèmes respiratoires et traumatiques par échantillonnage entre 10 % et 25 % des interventions.

Perspectives

- ⇒ Collaboration avec le comité d'experts afin d'analyser la situation globale des services préhospitaliers d'urgence dans la région.
- ⇒ Poursuite de la collaboration aux travaux d'amélioration des délais des TAP dans les urgences de notre région.
- ⇒ Suivi de l'évolution des charges de travail.
- ⇒ Formation offerte aux TAP des jours 2 et 3 sur la dyspnée sévère.



Nouveau libellé Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

En février 2013, le MSSS a modifié le nom du programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) pour le programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Ce changement de nom s'inscrit en cohérence avec les travaux en cours au MSSS sur la future politique nationale de soutien à l'autonomie et la caisse d'assurance autonomie.

Optimisation des services en soutien à domicile

Les travaux d'optimisation en soutien à domicile (Opti-SAD) se sont poursuivis, ayant pour objectif d'augmenter le nombre d'heures de travail direct à l'utilisateur en soutien à domicile de 10 % d'ici 2015. En 2012-2013, la région de l'Outaouais a atteint 90 % de la cible. Les programme-services ciblés sont SAPA, déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) et trouble envahissant du développement (TED).

En ce qui concerne la clientèle SAPA, la cible du nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services a été dépassée, atteignant 104 % de l'objectif souhaité par le MSSS.

Les travaux d'une très grande intensité se sont poursuivis afin d'atteindre la cible Opti-SAD. Dans le cadre des rencontres mensuelles du Comité régional Opti-SAD, l'Agence a encouragé le partage des expériences et des meilleures pratiques en optimisation en SAD. La production de documents par l'Agence permettant l'analyse de la productivité des CSSS en regard des heures directes offertes à la clientèle des services du SAD et le suivi rigoureux des plans d'action locaux Opti-SAD déposés par les CSSS ont facilité les échanges et ont permis de mieux cibler les travaux d'optimisation dans chaque RLS.

Au cours de 2012-2013, les projets d'optimisation en SAD des CSSS étaient en cours dans tous les territoires allant de l'utilisation des nouvelles technologies à domicile pour les intervenants du SAD, de l'emphase sur la responsabilisation des membres des équipes sur l'organisation de leur horaire et de leur performance professionnelle, de création de cellules d'intervention par programme-services, de l'informatisation de formulaires et de la réorganisation du parc d'équipement au système de prêt d'équipement. Ces actions permettront d'augmenter les heures directes dès l'an prochain. Enfin, les travaux d'optimisation, en cours depuis 2011, ont permis d'instaurer une culture de performance en SAD qui saura perdurer au sein des équipes et des établissements.

Un bilan du Cadre de référence régional sur les services de SAD, diffusé en 2009, a été effectué en collaboration avec les gestionnaires de toutes les équipes SAD de l'Outaouais. Plusieurs constats ont été émis et pris en considération dans les démarches de révision du cadre de référence régional entreprises également au cours du dernier exercice financier.

Proche aidant

On ne peut pas passer sous silence la contribution majeure des proches aidants d'aînés en tant que partenaires dans le réseau de la santé et des services sociaux en Outaouais. En ce sens, l'Agence a participé activement à la mise sur pied de l'organisme L'APPUI Outaouais et siège au conseil

d'administration depuis sa création, et ce, en tant qu'observateur. L'APPUI Outaouais permettra le financement de projets venant en aide aux proches aidants d'aînés partout en Outaouais. De plus, l'Agence a poursuivi le financement de quatre projets offrant du soutien aux proches aidants pour un total de 491 512 \$. Ces projets permettent aux proches d'obtenir du répit ou de recevoir un soutien psychosocial en lien avec leur rôle de proche aidant et ses impacts au quotidien.

Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013

Le MSSS a investi 584 946 \$ en Outaouais au sein du programme SAD afin de stimuler le développement de places alternatives à l'hébergement institutionnel et en récupération fonctionnelle. Grâce à cet investissement, deux unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF) ont été développées sur le territoire du CSSS des Collines et deux autres sur le territoire du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau, deux places en ressources intermédiaires (RI) additionnelles sont maintenant disponibles pour la clientèle SAPA sur le territoire du CSSS du Pontiac et dix places en RI ont été ajoutées sur le territoire du CSSS de Gatineau pour la clientèle DP. Ces nouvelles alternatives à l'hébergement permettent de renforcer le continuum de services offerts aux personnes en perte d'autonomie en leur offrant des milieux de vie plus appropriés à leurs besoins.

Réseau de services intégrés pour les personnes âgées

« Le réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) est un ensemble de modalités organisationnelles qui favorisent notamment la continuité dans le cheminement des personnes âgées dans l'ensemble des soins et services du réseau de la santé et des services sociaux, de même qu'avec les partenaires intersectoriels »⁵. Les neuf composantes essentielles à l'implantation d'un RSIPA sont :

- ⇒ le mécanisme de coordination;
- ⇒ une personne responsable;
- ⇒ un mécanisme d'accès au RSIPA;
- ⇒ la gestion de cas;
- ⇒ le système d'évaluation des besoins (Outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC));
- ⇒ un système de communication;
- ⇒ un plan d'intervention et un plan de services individualisés;
- ⇒ une équipe de gériatrie (psychogériatrie et autres services spécialisés);
- ⇒ le médecin de famille.

Le taux d'implantation du RSIPA en Outaouais pour l'année 2012-2013 a dépassé la cible de 65 % atteignant 68 % d'implantation. Le travail constant et rigoureux des cinq CSSS de la région résulte en un continuum de services amélioré pour les personnes âgées en Outaouais et permet le développement des RLS de chaque territoire. Le CRR La RessourSe et le Pavillon du Parc développeront une implication graduelle dans les différents RLS de la région.

⁵ MSSS (2013). *Guide à l'intention des utilisateurs de l'outil de suivi de l'implantation du RSIPA (OSRISPA)*, p. 7.

Décentralisation du Système régional des admissions

Depuis les 25 dernières années, les demandes d'hébergement pour les soins de longue durée étaient gérées par le système régional des admissions (SRA) pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Le CSSS de Gatineau assumait entièrement la gestion des admissions de tous les CHSLD publics et privés conventionnés, de toutes les RI, de toutes les RTF et de la Maison Fleur Ange (Société Alzheimer), représentant un accès à plus de 1 660 places.

Suite à une analyse sous la supervision de la Direction de l'organisation des services (DOS) de l'Agence au cours de l'exercice financier 2011-2012, un nouveau modèle d'organisation plus approprié à notre région a été proposé aux partenaires impliqués. La proposition a été adoptée à la Table des DG en mai 2012. Les travaux régionaux impliquant les CSSS, le CRR La RessourSe et le Pavillon du Parc ont alors débuté pour convenir des nouvelles modalités de fonctionnement du processus des demandes d'hébergement de soins de longue durée dans la région. La décentralisation du SRA a eu lieu le 9 décembre 2012 et un mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) a été mis en place dans chaque CSSS. Les MAH ont pour objectifs de :

- ⇒ donner à chaque CSSS la responsabilité d'orienter la personne adulte ou aînée en perte d'autonomie vers la ressource la plus appropriée sur son territoire en lien avec la demande formulée;
- ⇒ assurer une réponse rapide, personnalisée et équitable à toute demande d'admission en hébergement pour les personnes adultes ou aînées en perte d'autonomie en mettant en application tous les principes directeurs;
- ⇒ développer une autonomie locale et l'expertise en matière d'accès à l'hébergement pour les personnes adultes et les aînés en perte d'autonomie;
- ⇒ favoriser l'intégration des services et des pratiques cliniques et administratives dans chaque territoire;
- ⇒ favoriser de meilleures collaborations entre les partenaires du RLS dans chaque territoire.

De plus, les MAH assument maintenant la saisie de données informatiques dans le logiciel Informatisation des IMAGES utilisé pour assurer un suivi des demandes d'hébergement de soins de longue durée. L'Agence s'assure pour sa part, du suivi régulier des listes d'attente de tous les territoires de l'Outaouais pour documenter les délais d'accès à l'hébergement de soins de longue durée et de l'intégrité des données saisies dans IMAGES.

La rédaction d'un cadre de référence régional est en cours par l'Agence en collaboration avec le Comité de travail à la décentralisation du SRA. Il sera adopté par la Table des DG au cours de l'été 2013.

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

L'approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ) en milieu hospitalier est fondée sur des pratiques reconnues qui visent l'amélioration du continuum de soins aux personnes âgées en prévenant les impacts de la présente hospitalisation et des hospitalisations futures. En ce sens, les six hôpitaux de la région ont poursuivi activement les travaux sur l'AAPÂ en finalisant l'implantation des quatre préalables requis, soit :

- ⇒ l'utilisation d'un outil de repérage à l'urgence;
- ⇒ la mise en place et l'application des mécanismes de suivi requis pour les repérages positifs;
- ⇒ la présence d'un intervenant de liaison à l'urgence dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables et qui assure les liens inter établissements;
- ⇒ l'application d'un programme de marche ou de mobilité à l'urgence et aux unités d'hospitalisation.

Ces préalables étant maintenant instaurés, les hôpitaux peuvent à présent procéder à l'implantation des composantes qui permettront de développer et de maintenir la culture de l'AAPÂ. Avec le soutien de l'Agence, les travaux ont débuté dans chaque établissement concerné et se poursuivront au cours des prochaines années. Les six composantes dont il est question sont :

- ⇒ un soutien à l'implantation;
- ⇒ une gouvernance clinique;
- ⇒ la formation et les activités de coaching (19 heures de formation en ligne);
- ⇒ l'algorithme de soins à la personne âgée;
- ⇒ les interventions cliniques;
- ⇒ l'évaluation de la qualité.

La région de l'Outaouais, et plus particulièrement le CSSS de Gatineau, est reconnue provincialement pour ses efforts d'implantation de l'AAPÂ et pour les résultats tangibles d'amélioration des services aux urgences des hôpitaux de Gatineau et de Hull. Ainsi, le taux régional de déclaration à l'hébergement pour les personnes âgées de 75 ans et plus est de 5,13 % en 2012-2013 alors que la cible visée est de 5 %; ceci représente une amélioration de 2,47 % par rapport à l'année précédente.

Programme de l'amélioration de l'alimentation en CHSLD

Le programme de l'amélioration de l'alimentation en CHSLD permet le développement d'initiatives visant à soutenir les orientations définies dans la politique alimentaire que chaque établissement a élaborée selon les orientations du Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées; *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité.*

Pour l'exercice financier 2012-2013, les CHSLD ont élaboré un projet régional impliquant tous les établissements de la région. Le budget accordé fut de 97 069 \$. Le projet régional a permis de développer, en collaboration avec l'Institut du tourisme et d'hôtellerie du Québec (ITHQ) et le Centre de formation professionnelle Relais de la Lièvre-Seigneurie, un plan de formation régionale visant l'optimisation des qualités organoleptiques et nutritionnelles des repas servis dans les CHSLD. L'élaboration du contenu de la formation ainsi que des outils pédagogiques en découlant sont terminés, la formation pilote a eu lieu en mars 2013. Les formations seront offertes au printemps 2013 à 70 personnes œuvrant dans les cuisines des CHSLD de l'Outaouais.

Continuum d'intervention en troubles cognitifs liés au vieillissement

La région de l'Outaouais s'est vu accorder un financement de 250 000 \$ sur deux ans, à compter du 1er avril 2013, afin de développer un projet qui, par une trajectoire clairement identifiée, permettra le repérage, le dépistage précoce, l'évaluation, le diagnostic, le traitement et le suivi de la clientèle avec des troubles cognitifs liés au vieillissement ainsi que le soutien aux proches aidants. Le projet novateur Continuum d'intervention en troubles cognitifs (CITC) liés au vieillissement sera basé sur la prise en charge optimisée de la clientèle à proximité rendue possible grâce à la mise sur pied d'une équipe tactique et dynamique oeuvrant en GMF et composée d'une infirmière, d'un travailleur social et d'un ergothérapeute. Du mois d'août 2012 au mois de mars 2013, les travaux du groupe de travail du RITC, menés par l'Agence en collaboration avec le CSSS de Gatineau, ont permis de procéder à l'élaboration du projet financé et à la création des partenariats nécessaires afin de mettre en œuvre ce nouveau projet dès avril 2013.



Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire

Le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC) s'adresse aux enfants et aux parents aux prises avec des difficultés personnelles, relationnelles et sociales découlant directement de situations de négligence ou à haut risque de l'être. Ce programme propose des services et des activités visant le développement optimal des enfants, le renforcement de la disponibilité psychologique des parents et l'intégration de la famille à sa communauté. Les activités prévoient une évaluation et une analyse participative des besoins, un soutien professionnel individualisé, des activités directes auprès des enfants, des activités collectives auprès des parents et des groupes de parents. Le PAPFC est déployé sur l'ensemble des cinq territoires de CSSS de la région. Les investissements annoncés par le MSSS en juillet 2012 pour le déploiement de programmes d'intervention en négligence dans les CSSS dans le cadre du Programme-services Jeunes en difficulté ont permis de consolider l'implantation de ce programme. Le PAPFC est conjointement offert par les CJO et les cinq CSSS; une collaboration qui s'actualise tant au plan de l'implantation, de la coordination et de l'animation du programme. De plus, ce programme ne pourrait pas être offert sans la collaboration de plusieurs organismes communautaires des différents territoires de l'Outaouais.

Ce programme est jugé prometteur et une évaluation du programme PAPFC en Outaouais est soutenue financièrement par le MSSS. Une équipe de chercheurs de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) s'est vu confier un double mandat, soit l'évaluation de l'implantation du projet ainsi que l'évaluation des retombées du programme. Le premier volet a été effectué et 59 entrevues ont été menées auprès de gestionnaires et d'intervenants, d'animateurs et de coordonnateurs des CJO et des CSSS, des intervenants référents ainsi qu'auprès des partenaires afin d'identifier les conditions de mise en œuvre, les obstacles et les conditions facilitantes. Le rapport a été publié à l'automne 2012 et les données recueillies soulignent la force du partenariat et de la collaboration CSSS-CJO, l'importance de l'appui de l'organisation et des gestionnaires dans le déploiement du PAPFC de même que la nécessité d'offrir de la formation continue aux intervenants impliqués dans le programme. La collecte de données pour le deuxième volet a débuté en mai 2012. Ce volet vise pour sa part à rencontrer les familles afin de documenter les retombées de ce projet auprès de celles-ci. Une soixantaine de familles ont été rencontrées jusqu'à présent. La publication du rapport pour ce volet est prévue pour le printemps 2014 .



Dépendances

Le déploiement du Programme de formation première ligne adulte en dépendance s'est poursuivi. Le volet deux portant sur l'approche motivationnelle en dépendance à l'intention des intervenants de CSSS a été offert auprès de 60 intervenants de la région.

De plus, une bonne performance des établissements a été constatée grâce aux indicateurs dans les ententes de gestion pour le dossier des dépendances. Les deux indicateurs sont les suivants :

- ⇒ assurer aux personnes ayant une dépendance, un accès à des services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables. La cible a été atteinte par le CRD de l'Outaouais;
- ⇒ nombre de jeunes et d'adultes à risque d'abus ou de dépendance ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique offerts par le CSSS. Une augmentation notable du nombre de personnes vues en fonction de l'année de référence 2011-2012 a été constatée; le nombre d'utilisateurs vus a triplé.

Par ailleurs, une ressource d'hébergement a reçu sa certification selon le Règlement de la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique. Des pouvoirs d'inspecteur ont été octroyés à l'Agence en vertu de la LSSSS dans le cadre de ce règlement.



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 en Outaouais.

Trois priorités ont été identifiées dans le Plan communautaire en itinérance 2011-2014 de la région, soit les services, la concertation et le logement. L'année 2012-2013 a permis le déploiement du Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT) afin de bonifier une offre de services en itinérance et en toxicomanie pour la période de janvier 2012 à mars 2013, et ce, en adéquation avec les orientations régionales du Plan communautaire en itinérance 2011-2014, les priorités nationales du Plan d'action interministériel en toxicomanie ainsi que du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013. Les trois mesures déployées ont été les suivantes :

- ⇒ bonification de l'équipe de proximité IMAGES du CSSS de Gatineau avec l'ajout d'une éducatrice et d'une infirmière;
- ⇒ services post-traitement au CRD de l'Outaouais;
- ⇒ services d'accompagnement en réinsertion sociale au sein de trois organismes communautaires.

Des travaux ont également eu lieu afin d'identifier un projet mobilisant concernant la priorité des services du Plan communautaire en itinérance 2011-2014. Les travaux ont porté sur l'élaboration d'un projet d'équipe mobile en itinérance, à l'image du modèle de Trois-Rivières, composé de partenaires multisectoriels et multidisciplinaires. De plus, un projet pilote de préparation à l'emploi pour la clientèle itinérante ou à risque de l'être a fait l'objet d'un appel d'offres ciblé du centre local d'emploi de la région urbaine, et une offre de services a été offerte dans le cadre d'un projet-pilote pour l'année 2012-2013.

D'autre part, sur le plan du logement, le comité de concertation du Service d'aide à la recherche de logement mis en place par l'Office municipal d'habitation de Gatineau a élaboré des protocoles concernant :

- ⇒ la perte de logement (perte d'emploi, maladie, séparation, éviction, etc.);
- ⇒ lors d'un incendie ou;
- ⇒ dans les cas d'insalubrité.

Finalement, sur le plan de la concertation, la coordonnatrice de la CRILI a poursuivi sa collaboration aux travaux du plan de lutte à la pauvreté de la CRÉO à titre de représentante de la CRILI.

Déficiência intellectuelle, trouble envahissant du développement et déficiência physique

L'année 2012-2013 fut marquée par un développement important visant le rehaussement des mesures de soutien aux familles des personnes présentant une DI, un TED ou une DP. En effet, dans le cadre de l'annonce d'un financement additionnel récurrent de 35 M\$ pour l'ensemble du Québec, l'Agence recevait en juillet 2012 la confirmation d'un financement récurrent de 2 322 492 \$ pour la région.

Ces sommes devaient être investies afin de faciliter l'accès aux services professionnels en CSSS, de faciliter l'accès aux services spécialisés en centre de réadaptation en déficiência intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) et en Centre de réadaptation pour déficiência physique (CRDP) et finalement, de pouvoir permettre la consolidation du nombre de places en ressources intermédiaires pour les clientèles DI-TED et DP. La répartition financière présentée et adoptée à la Table des DG de septembre 2012 fut la suivante :

Répartition monétaire

Services attendus	CSSS (1ière ligne)	OC	CRDP	CRDITED	TOTAL
Objectif 1 Ajout services première ligne	617 212		55 000		672 212
Objectif 2 Soutien aux familles par organismes communautaires		477 477			477 477
Objectif 3 Soutien aux familles TED	97 264				97 264
Objectif 4 Continuum résidentiel première et deuxième ligne				504 159	504 159
Objectif 5 Améliorer l'accès aux services spécialisés TED				201 664	201 664
Objectif 6 Améliorer l'accès aux services spécialisés en DP			369 716		369 716
Total	714 476	477 477	424 716	705 823	2 322 492

En concordance avec les financements accordés, les établissements et les organismes communautaires des cinq territoires de l'Outaouais ont par conséquent eu l'opportunité de bonifier leur offre de services de la façon suivante :

CSSS (DI-TED et DP)

- ⇒ l'ajout de 3,4 équivalent temps complet (ETC) de postes d'ergothérapeute;
- ⇒ l'ajout de 4,0 ETC de postes de travailleurs sociaux;
- ⇒ l'ajout de 1,0 d'un poste de technicien en travail social;
- ⇒ l'ajout de 0,4 ETC d'un poste de technicien en réadaptation physique;
- ⇒ l'ajout de 0,1 ETC d'un poste de préposé aux équipements;
- ⇒ les achats ponctuels de services de professionnels (psychologue, nutritionniste, physiothérapeute, travailleur social);
- ⇒ le rehaussement des allocations directes pour le soutien aux familles des personnes présentant un TED

Organismes communautaires (DP)

- ⇒ l'ajout d'activités en centre de jour;
- ⇒ le financement d'une consultation pour identifier les besoins de la clientèle et des proches;
- ⇒ l'embauche d'interprètes visuels pour rehausser la participation des personnes sourdes aux activités des partenaires et de la communauté;
- ⇒ le soutien à un organisme en développement.

Organismes communautaires (DI-TED)

- ⇒ le rehaussement du nombre de places pour des activités de jour, de répit et de gardiennage pour les DI-TED (135 places).

CRDITED

- ⇒ le développement de 16 places en ressource intermédiaire pour la double problématique DI-TED et DP;
- ⇒ l'ajout de 2,0 ETC poste de professionnel pour les TED 6 à 21 ans.

CRDP

- ⇒ l'ajout de 0,2 ETC d'un poste de physiothérapeute;
- ⇒ l'ajout de 2,9 ETC de postes d'ergothérapeute;
- ⇒ l'ajout de 1,4 ETC de postes d'orthophoniste;
- ⇒ l'ajout de 1,0 ETC d'un poste d'audiologiste.

Plan d'accès en déficience intellectuelle, trouble envahissant du développement et déficience physique

L'accès aux services pour les personnes qui ont une DP, une DI ou un TED, continue de s'améliorer en Outaouais. Comparativement aux autres régions du Québec, le MSSS considère que le niveau d'implantation du plan d'accès en Outaouais est très avancé.

Un travail considérable est effectué par les gestionnaires d'accès et les équipes d'intervenants pour s'assurer que les services soient offerts dans les délais prescrits par le MSSS. Le tableau suivant illustre bien la bonne performance de la région quant au respect des délais d'accès.

Taux de respect des délais d'accès à un premier service en DP et DI-TED

	2010-2011			2011-2012			2012-2013*		
	Engagement	Résultat P-13	% d'atteinte	Engagement	Résultat P-13	% d'atteinte	Engagement	Résultat P-13	% d'atteinte
1.45.45.00 –PS 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 – TOUTES PRIORITÉS	75.00	90.5 (90.6)	120.6	75.00	87.00	115.9	75.00	86.40	115.1
1.45.45.02 –PS 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 – PRIORITÉS ÉLEVÉE	75.00	100.0	133.3	90.00	80.00	88.8	90.00	100.0	111.1
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les standards du Plan d'accès – TOUTES DÉFICIENCES – TOUS ÂGES – PRIORITÉ ÉLEVÉE	N/A	90.3	N/A	90.00	90.90	100.9	90.00	91.5	101.6
1.45.45.04-PS 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 – PRIORITÉS MODÉRÉE	N/A	100.0	N/A	75.00	83.8	117.7	75.00	83.4	111.2

Note : Il est important de noter que les données pour l'année 2012-2013 sont en date de la fin juin 2013, date à laquelle les données finales pour l'exercice 2012-2013 sont disponibles.

Défis pour finaliser l'implantation du plan d'accès

Au-delà de l'accès aux services, améliorer la continuité et la complémentarité des services demeure une préoccupation dans notre région. À cet effet, l'Agence et ses partenaires du réseau poursuivront les travaux pour finaliser la trajectoire de services en déficience physique et l'implantation de la trajectoire de services en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.

Une attention particulière sera portée sur la continuité et la complémentarité des services aux usagers qui ont plusieurs problématiques et qui ne cadrent pas facilement dans les parcours de services définis par les trajectoires. Les mesures du plan d'accès visant l'instauration de la fonction d'intervenant pivot réseau et l'élaboration de PSI deviennent des éléments clés pour assurer la continuité des services auprès de cette clientèle.



Qualité et prestation des services

Les rapports du coroner

L'Agence veille à ce qu'un suivi soit accordé à l'ensemble des recommandations formulées par le coroner et identifie, s'il y a lieu, des interventions régionales à réaliser en vue de prévenir les accidents évitables.

Pour l'année 2012-2013, 18 rapports du coroner formulaient des recommandations visant quatre établissements de la région ainsi que l'Agence. Les recommandations portaient sur la révision des interventions appliquées pour s'assurer de leur conformité avec les standards de la pratique infirmière et de la pratique médicale, sur la révision des processus d'arrimage entre les services hospitaliers et ambulatoires ainsi que sur l'analyse des besoins d'un organisme communautaire. Un suivi a été accordé à quinze des dix-huit rapports du coroner et les démarches se poursuivent pour compléter les autres suivis requis.

La certification des résidences privées pour aînés

En collaboration avec différents partenaires, l'Agence assure de façon continue la certification des résidences privées pour aînés (RPA). Le rôle de l'Agence est de s'assurer que l'ensemble des RPA du territoire maintiennent leur conformité aux critères sociosanitaires et aux normes d'exploitations déterminées par le ministère, et pour ce faire, elle effectue régulièrement des suivis auprès des résidences et réalise des visites d'inspection.

Au plan provincial, un nouveau Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés a été adopté en mars 2013. Ce règlement vise à améliorer la qualité de vie des résidents en RPA et à leur fournir un environnement sécuritaire. Au 31 mars 2013, la région de l'Outaouais dénombrait un total de 61 RPA réparties sur l'ensemble de son territoire, soit cinq de moins qu'à pareille date l'an dernier. Au cours de l'année 2012-2013, sept résidences ont fermé leurs portes et pour cette même période, l'Agence a reçu trois demandes d'attestation temporaire en vue de l'ouverture de nouvelles RPA.

Dans le contexte de la nouvelle procédure de certification, différentes actions sont à prévoir pour l'année 2013-2014. En ce sens, l'Agence offrira un accompagnement aux RPA en renouvellement, en plus d'offrir plusieurs sessions de formation aux exploitants des RPA de la région sur les changements apportés par ledit règlement.



La certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique

Des modifications au cadre légal et réglementaire ont rendu obligatoire la certification par l'Agence des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique offrant de l'hébergement.

Au cours de l'année 2012-2013, l'Agence a soutenu les ressources désirant obtenir une certification en les informant du Règlement sur la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique et en leur offrant un accompagnement au besoin. L'Agence répond régulièrement à des questions de la part de personnes désirant ouvrir une ressource d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique et renseigne également les citoyens qui peuvent avoir des préoccupations face à l'établissement de telles ressources dans leur quartier. À ce jour, une seule ressource, la Maison de l'Harmonie, a reçu un certificat de conformité, et ce, depuis janvier 2012.

Volet qualité

Notons dans un premier temps que l'Agence a mis sur pied un groupe-conseil avec des représentants de différents établissements afin de doter la région d'une stratégie de gestion intégrée de la qualité. Les travaux ont été suspendus dans l'attente du cadre de référence national sur le sujet.

La gestion des risques

Le MSSS publie un rapport national semestriel sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec. Les rapports semestriels couvrant l'année 2012-2013 indiquent un total de 10 510 événements pour la région. La majorité des événements survenus suivent la tendance nationale, c'est-à-dire que les chutes (plus de 43 %) et les erreurs de médication (plus de 26 %) sont les événements les plus déclarés. Bien que ce nombre soit important, soulignons que la très grande majorité de ces événements n'ont eu aucune conséquence importante sur les personnes. De plus, il convient de mettre en perspective ces résultats considérant les centaines de milliers d'interventions ou de gestes posés par le personnel du réseau de la santé et des services sociaux de la région. Il serait en effet illusoire de croire qu'aucun incident ou accident ne puisse survenir. Dans ce contexte, il importe que ces événements soient connus pour que l'on puisse en faire l'analyse et apporter des correctifs dans un objectif de prévention.

En plus de ce mécanisme de suivi national, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais pilote un comité régional permettant aux gestionnaires de risques des différents établissements d'identifier diverses problématiques et solutions correspondantes à la gestion de risque.

Les visites d'appréciation de la qualité en CHSLD

Le MSSS a annoncé la reprise de visites en CHSLD concernant la qualité du milieu de vie. L'Agence assistera le MSSS dans ces visites d'évaluation. On prévoit que les 14 installations présentes en Outaouais seront visitées au cours des deux prochaines années. De plus, le rôle de l'Agence consistera également à assurer un suivi, notamment par l'approbation des plans d'amélioration consécutifs aux visites effectuées.

Regroupement des comités d'usagers de l'Outaouais

L'Agence a apporté son soutien au Regroupement des comités d'usagers de l'Outaouais, notamment par l'organisation de sessions d'information pour les membres des comités d'usagers, par une contribution financière à la réalisation et la diffusion à plus de 15 000 exemplaires d'un calendrier sur les droits des usagers en santé et services sociaux. L'Agence participe aux rencontres du Regroupement des comités d'usagers de l'Outaouais à titre d'observateur.

Systèmes d'information au service des cliniciens et gestionnaires

Système de dictée numérique

Depuis octobre 2012, les médecins des CSSS utilisent un nouveau système commun de dictée numérique pour préparer leurs rapports d'examens cliniques et diagnostiques suite à une consultation avec leurs patients. Ces rapports dictés par les médecins sont alors transcrits, à partir du même système, par les secrétaires médicales pour être finalement déposés au dossier du patient. L'implantation de ce système commun permet aux établissements de partager des ressources spécialisées et rares dans le but d'améliorer la productivité reliée à la transcription des rapports dictés par les médecins. Il permet également à tous les intervenants autorisés d'avoir un accès instantané aux rapports cliniques, favorisant ainsi une prise en charge plus rapide du patient.

Système de gestion des activités du bloc opératoire

Les CSSS du Pontiac, de Papineau, de la Vallée-de-la-Gatineau et de Gatineau ont uni leurs efforts afin d'implanter ce système commun pour la gestion des activités de leur bloc opératoire. En plus d'offrir des économies d'échelle à l'achat, l'acquisition d'une solution commune permet une planification plus efficiente des activités du bloc opératoire et facilite le suivi et le transfert des listes d'attente en chirurgie. L'implantation du système a débuté en 2013 et devrait se terminer en 2014.

Informatisation des cliniques médicales

Les travaux visant à rendre disponibles les résultats de laboratoire dans les systèmes informatiques des cliniques médicales se sont poursuivis en 2012-2013. Cette solution comporte des avantages significatifs pour le patient et le médecin traitant, en ce sens que lors de la consultation en cabinet, le médecin a immédiatement accès aux résultats d'examens de laboratoire du patient. Au total, un peu plus de 100 médecins de la région bénéficient déjà de cette solution. De l'avis de ces médecins, l'accès électronique à ces informations en cabinet permet une prise en charge plus rapide du patient.

Dossier Santé Québec

Récemment, l'Outaouais a amorcé le déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ). Ce vaste chantier d'informatisation clinique a pour objectif de rendre disponibles certains renseignements de santé jugés utiles pour la prise en charge des patients en première ligne. Piloté par l'Agence, ce projet interpelle les partenaires des établissements, des cliniques privées et des pharmacies communautaires. Nous prévoyons que le DSQ sera disponible à une première cohorte d'intervenants cliniques dès l'automne 2013.

Le regroupement régional des ressources informationnelles

En avril 2012, la Table des DG, de concert avec l'Agence, décidait de regrouper l'ensemble des ressources informationnelles sous une seule et même gouvernance à l'Agence. Cette décision s'inscrit dans l'optique de la loi 133 qui vient baliser la gouvernance et l'organisation des ressources informationnelles dans le réseau de la santé et des services sociaux.

En bref, les ressources informationnelles dans le réseau de la santé et des services sociaux en Outaouais comptent environ 80 employés et sont composées d'un parc d'équipements qui comprend au-delà de 600 serveurs et plus de 5 500 postes de travail et représentent des investissements et des dépenses avoisinant les 15 M\$ annuellement.

Il est prévu que la mise en commun et la gestion centralisée des RI pourront engendrer des économies d'échelle variant de 5 à 10 % selon les secteurs d'activité. De plus, le regroupement des RI entraînera assurément des gains d'efficacité et de productivité pour l'exploitation des technologies de l'information puisqu'il permettra à tous les établissements d'avoir accès à une masse critique d'expertise régionale, tout en éliminant les activités et les processus répétitifs d'un établissement à l'autre.

Au cours de l'année 2012-2013, l'Agence s'est dotée d'un plan d'action détaillé menant au regroupement des ressources informationnelles. L'Agence a procédé également à un inventaire complet des ressources informationnelles, identifiant les cibles d'amélioration visées par le regroupement. Une cible prioritaire visée par le regroupement concerne la mise en commun des ressources humaines dont l'objectif principal consiste à créer une masse critique d'expertise en ressources informationnelles au bénéfice de tous les établissements. Les artisans du regroupement ont travaillé de concert avec les responsables des ressources humaines de chaque établissement, de pair avec les syndicats concernés, afin d'établir une stratégie visant le transfert en souplesse des effectifs des établissements vers la Direction régionale des ressources informationnelles (DRRI) à l'Agence .

Les premiers transferts de ressources sont prévus pour le mois de juin 2013, alors que les employés affectés aux ressources informationnelles des CJO et du CRR La RessourSe seront intégrés à l'équipe de l'Agence. Les employés des autres établissements se joindront aux effectifs de la DRRI à la fin du mois de novembre 2013. Cette action marquera un jalon majeur dans le dossier du regroupement régional des ressources informationnelles puisqu'à cette date, la région se sera alors dotée d'une seule et même équipe œuvrant en ressources informationnelles.

Les travaux portant sur le regroupement se poursuivront au cours de l'année 2013-2014.



Situation frontalière

En 2011-2012, l'Agence a instauré divers mécanismes internes et réseaux visant l'atteinte des cibles de la Planification stratégique régionale 2010-2015 en matière de la prise en compte de la situation frontalière. Ces mécanismes incluent diverses formes de dialogue avec les partenaires de la région de Champlain (Ontario).

Tout en souhaitant maintenir des relations continues avec les intervenants du milieu de la santé de l'est de l'Ontario, les efforts de l'Agence et du réseau régional en 2012-2013 ont porté davantage sur la sensibilisation de la région quant au niveau de consommation des services de santé dans la région de Champlain et sur l'identification des cibles de rapatriement dans les secteurs à haut volume.

L'Agence s'est également penchée sur d'autres secteurs reliés à la situation frontalière, notamment l'accès aux données sociosanitaires de la population de la région en provenance de l'Ontario.

Portrait de la consommation des services de santé en Ontario

Dès avril 2012, l'Agence et la Table des DG ont convenu de l'importance de mieux sensibiliser le réseau régional de la santé et des services sociaux à la situation actuelle en matière d'utilisation des services de santé ontariens par la population de l'Outaouais. Plus de 20 rencontres de sensibilisation ont eu lieu entre juin 2012 et février 2013, et d'autres sont à prévoir.

Le message global est clair : le chemin parcouru depuis les années 80 en matière de niveau d'autosuffisance régional est significatif. Après deux grandes opérations de rapatriement, de 1986 à 2002, la proportion des hospitalisations de résidents de l'Outaouais dans les hôpitaux de l'Est de l'Ontario est passée de 40 % à environ 15 %. Toutefois, le maintien des gains acquis au fil des ans a été plus difficile dans un contexte de pénuries de main-d'œuvre et d'augmentation de volume. L'évolution de la consommation des soins de santé en Ontario en 2011-2012 peut être résumée en cinq points :

- ⇒ le volume d'hospitalisations en Ontario est en croissance de 6 % entre 2010-2011 et 2011-2012, et atteint la proportion d'environ 18 % du total.

Résidents de l'Outaouais, séjours de courte durée excluant les nouveau-nés, les chirurgies d'un jour et la santé mentale selon la région de l'installation, 2009-2010 à 2011-2012

	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Outaouais	18 668	18 665	18 447
Ailleurs au Québec	1 676	1 775	1 644
Total au Québec	20 344	20 440	20 091
RLISS de Champlain	3 893	4 023	4 280
Total	24 237	24 463	24 371

Source : MED-ÉCHO; portail de l'iCiS (BDGP); Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (A. Petit 2012-10-26)

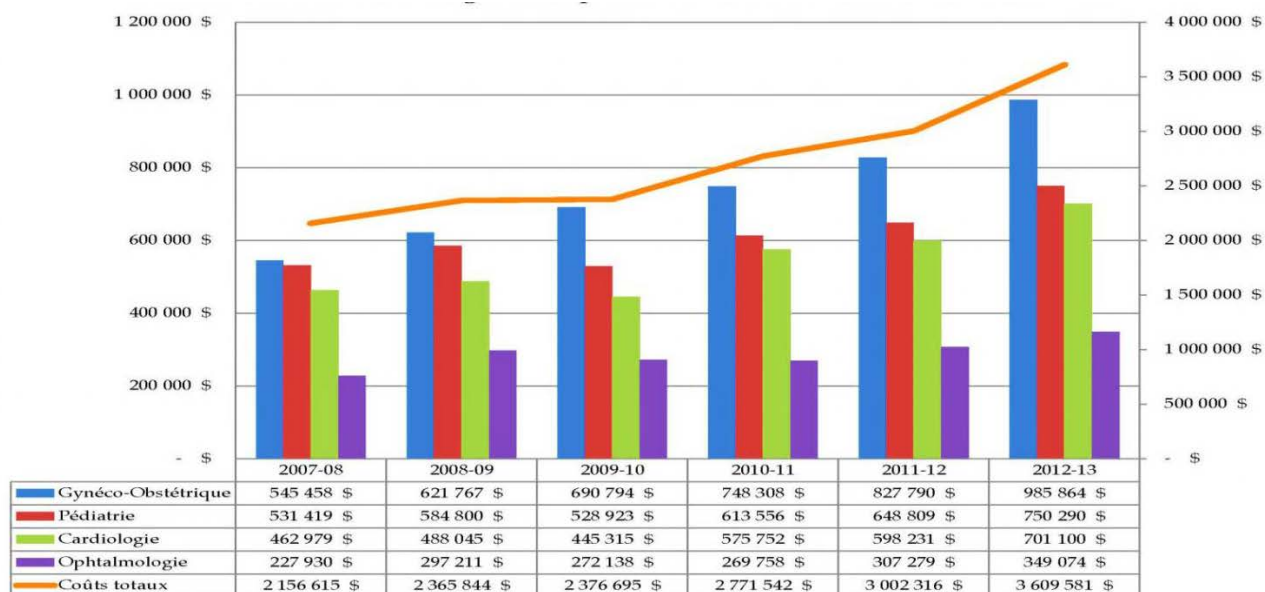
Résidents de l'Outaouais, proportion des séjours de courte durée excluant les nouveau-nés, les chirurgies d'un jour et la santé mentale selon la région de l'installation, 2009-2010 à 2011-2012

	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Outaouais	77,0 %	76,3 %	75,7 %
Ailleurs au Québec	6,9 %	7,3 %	6,7 %
Total au Québec	83,9 %	83,6 %	82,4 %
RLISS de Champlain	16,1 %	16,4 %	17,6 %
Total	100 %	100 %	100 %

Source : MED-ÉCHO; portail de l'ICIS (BDGP); Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (A. Petit 2012-10-26)

- ⇒ le secteur principal qui explique cette croissance est l'obstétrique. Le nombre de naissances en Ontario, qui est à 1 245 en 2011-2012, représente près de 30 % de l'ensemble des accouchements de résidentes de l'Outaouais.
- ⇒ une hausse importante du volume de services ambulatoires est en grande partie expliquée par une augmentation du nombre de visites aux urgences des hôpitaux de la région de Champlain de l'ordre de 35 % depuis 2009-2010, atteignant près de 34 000 visites en 2011-2012.
- ⇒ malgré le fait que la consommation des services médicaux en Ontario est restée relativement stable durant cette période, soit l'équivalent temps complet de huit médecins omnipraticiens et 39 médecins spécialistes, un accroissement important des montants remboursés aux médecins ontariens pour des services non disponibles, en vertu du Programme de remboursement des services médicaux en Ontario (RSMO) a été observé. Le RSMO paie la différence entre les tarifs québécois et ontariens. Les montants payés par ce programme sont passés de 2,4 M\$ en 2009-2010 à 3,6 M\$ en 2012-2013. Quatre spécialités englobent 80 % des montants remboursés : l'obstétrique, la pédiatrie, l'ophtalmologie et la cardiologie tertiaire.

Évolution des coûts des 4 grandes spécialités du RSMO versus les coûts totaux



Source : Système RSMO

- ⇒ En fait, le montant total des coûts en 2011-2012 pour les services médico-hospitaliers rendus aux résidents de l'Outaouais dans la région de Champlain était de 111 M\$, comparativement à 72 M\$ en 2007-2008. Une partie de cette hausse s'explique par les volumes de services, mais les augmentations de tarifs expliquent une part importante de ces coûts additionnels.

Cibles de rapatriement dans les secteurs à haut volume et plan d'action

Au cours de 2012-2013, l'Agence et le réseau régional ont évalué les cibles quantifiées en termes de rapatriement et d'autosuffisance dans les secteurs à haut volume susmentionnés, sauf pour la cardiologie tertiaire, compte tenu du niveau de spécialisation requis et des ententes en cours avec l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Entretemps, le ministre, Dr Réjean Hébert, a émis une position favorable au rapatriement des clientèles outaouaises dans des secteurs tels l'obstétrique et la pédiatrie, lors de sa visite en décembre 2012.

Cet enjeu a également été abordé en février 2013 lors de la comparution de l'Agence à la Commission de la santé et des services sociaux, alors qu'elle a été questionnée sur ses intentions en matière de rapatriement. Lors de sa visite le 14 avril dernier, Dr Hébert a mandaté l'Agence de lui soumettre un plan d'action.

Cadre de référence pour l'identification des services non disponibles aux fins de remboursements par le RSMO

Le programme RSMO a été établi en 1989. L'Agence a pour mandat de définir les services médicaux non disponibles dans l'Outaouais et de valider toutes les demandes de remboursement en fonction des critères d'admissibilité et des services visés. Pour ces demandes validées, elle rembourse la différence entre la tarification du *Ontario Health Insurance Plan* (OHIP) et celle de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

Malgré une réduction considérable du volume de services de santé consommés dans la région de Champlain entre 1986 et 2002, les montants payés par le RSMO n'ont pas cessé de croître. Une augmentation du nombre de demandes explique en partie cette croissance. Toutefois, ce sont les tarifs payés aux médecins ontariens qui ont davantage augmenté.

Il va de soi, les nombreuses mesures visant à améliorer l'offre de services de santé dans la région de l'Outaouais et l'atteinte éventuelle des cibles de rapatriement dans les secteurs à haut volume contribueront à limiter l'accroissement de la demande et des coûts. Toutefois d'autres mesures à plus court terme auront un impact, notamment :

- ⇒ la modernisation des outils informationnels du RSMO, réalisée en collaboration avec la RAMQ et l'OHIP;
- ⇒ une meilleure connaissance par les médecins de la région des services disponibles en Outaouais et le resserrement des mécanismes de références vers des spécialistes de la région, via le projet d'une centrale régionale de rendez-vous;
- ⇒ la révision des mécanismes de suivi pour l'identification des services non disponibles en collaboration avec les instances médicales régionales.

Des travaux importants ont été réalisés à l'automne 2012 et l'hiver 2013 à cet égard. Les mécanismes révisés de suivi continu de la liste des services non-disponibles, avec l'appui d'un comité médical, seront mis sur pied au cours de l'automne 2013.

Accès aux données sociosanitaires sur la population de l'Outaouais en provenance de l'Ontario

La région de l'Outaouais est aux prises avec une situation très problématique, concernant l'accès dans un délai raisonnable à des bases de données complètes sur l'état de santé de la population de l'Outaouais, incluant les données en provenance de l'Ontario. Les délais beaucoup trop longs pour intégrer les données ontariennes, lesquelles représentent des proportions significatives du portrait total (décès) ou leur intégration incomplète aux fichiers québécois (cas de cancer, prévalence de certaines maladies chroniques) entraînent de nombreux impacts quant à la qualité des données à la disposition de la DSP et à leur utilisation potentielle, à notre capacité d'estimer avec justesse les besoins de la population et quant aux efforts à déployer pour compenser pour ces lacunes.

L'Agence a récemment entrepris des discussions plus soutenues avec le MSSS et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) relativement à cet enjeu. Le MSSS compte à mettre en place des processus de travail conduisant à la résolution des problèmes en lien avec les trois bases de données prioritaires identifiées, soit le fichier des décès, la base pour le calcul récurrent de la prévalence des maladies chroniques et le registre québécois du cancer.



Optimisation dans l'utilisation des ressources

Recension des projets locaux et régionaux et appui à la mise en œuvre

L'Agence et la Table des DG ont fait le constat que de multiples initiatives sont pilotées par les établissements en matière d'optimisation, contribuant à l'atteinte de nombreuses cibles, sans être toutefois connus de l'Agence et des autres membres du réseau régional. D'une recension initiale de 35 projets locaux au printemps 2011, un deuxième exercice, plus complet, a permis de dénombrer près de 80 projets, soit en démarrage, en cours de processus ou récemment finalisés. Le Comité de pilotage en charge de l'optimisation au sein du réseau souhaite resserrer les balises d'inclusion des projets et mieux documenter leurs retombées.

De façon globale, le Comité de pilotage vise à créer au sein du réseau un mouvement d'optimisation et une révision continue des façons de faire en vue des retombées suivantes :

- ⇒ un accès amélioré à des services offerts en continuité;
- ⇒ une circulation plus fluide de l'usager de services à travers le système;
- ⇒ une organisation du travail plus performante qui tient compte de la capacité des ressources humaines, et une mobilisation accrue du personnel du réseau;
- ⇒ une utilisation plus efficace des technologies informationnelles et de communication;
- ⇒ une organisation plus efficiente des services administratifs;
- ⇒ le développement d'une culture d'innovation basée sur des pratiques exemplaires.

Suivi des projets nationaux et identification des priorités 2013-2014

Le Comité de pilotage a assuré le suivi des divers travaux régionaux reliés aux chantiers nationaux d'optimisation. Des rencontres ont systématiquement eu lieu avec chacun des directeurs de l'Agence responsables des chantiers en question, ainsi qu'avec le Groupe d'approvisionnement en commun du nord-ouest du Québec, alors que ces derniers ont fait état des réalisations à ce jour et du niveau d'atteinte des cibles.

Malgré les efforts consentis, l'Agence et la Table des DG ont convenu d'accroître la cadence dans les projets d'optimisation, en vue d'avoir des retombées à plus court terme. Les sept domaines suivants ont été priorisés :

- ⇒ le projet Opti-SAD;
- ⇒ le projet Opti-LAB;
- ⇒ le projet de Centrale de rendez-vous pour l'accès aux services médicaux spécialisés;
- ⇒ les domaines des services administratifs;
- ⇒ le volet immunisation (santé publique);
- ⇒ les ressources informationnelles : volets gouvernance et projets nationaux;
- ⇒ l'approvisionnement en commun.

Intégration de l'approche Lean au sein du réseau régional

L'approche Lean est reconnue comme un levier essentiel à l'intégration de la vision d'optimisation au sein de la culture des organisations des services de santé. Le MSSS l'a ciblé dans le cadre des chantiers nationaux d'optimisation.

Des sessions d'appropriation de l'approche Lean ont été offertes à plus de 50 cadres d'établissements et de l'Agence, ainsi qu'aux professionnels de l'Agence en 2012. Plusieurs gestionnaires ont reçu la formation d'animateurs Kaizen en vue d'amorcer un ou des projets au sein de leurs organisations. De façon générale, un projet d'optimisation Lean est planifié, démarré, en cours ou finalisé dans la majorité des établissements de la région.

Plus particulièrement, le CSSS de Gatineau a démarré en 2011 l'opération *Virage Accessibilité*, qui assure l'implantation de la culture Lean au sein de leur organisation, au travers de multiples projets de révision de processus. On vise à accroître la performance au sein des services généraux et atteindre diverses cibles d'amélioration de l'accès aux services de base, dont celles reliées aux urgences. Cette démarche s'est étendue à d'autres secteurs. Près de 600 employés ont été formés à l'approche Lean, et 29 Kaizen (projets) ont été réalisés ou sont en cours de réalisation.

Le Comité de pilotage soulignait le besoin exprimé en région de faire le point sur le chemin parcouru en matière d'intégration de l'approche Lean, de partager les réalisations et se donner une perspective réseau quant à l'évolution à venir de l'intégration de cette culture. Pour ce faire, le Comité de pilotage, avec l'appui de l'Agence, a assuré l'organisation d'un forum régional Lean 2013 qui a regroupé plus de 160 participants provenant de tous les établissements de la région. Le forum avait pour objectifs :

- ⇒ l'appropriation des enjeux de l'optimisation et de la contribution de la culture Lean à la réalisation des objectifs;
- ⇒ le partage des réalisations dans la région, au Québec et ailleurs en Amérique du Nord;
- ⇒ l'identification des conditions de réussite et les défis pour l'appropriation de l'approche Lean au sein du réseau;
- ⇒ la mobilisation régionale et l'amorce d'une réflexion plus large, en vue d'intégrer la culture de la performance selon une vision réseau.

Le forum a eu lieu le 12 avril 2013. Au cours de ce forum, 11 ateliers se sont déroulés au cours de la journée, touchant à la fois le partage de réalisations régionales, ainsi que des thématiques fondamentales, dont la gestion du changement et les enjeux liés à l'utilisation de l'approche Lean dans le domaine des services sociaux.



Forum régional Lean tenu le 12 avril 2013.

Gestion des ressources immobilières

Projets majeurs d'immobilisation

Établissement	Installation	Projet	Coût	État
CSSS de Gatineau	Hôpital de Gatineau	Nouvelle urgence	28 M \$	Ouverture en mai 2012
	Hôpital de Hull	Réaménagement et agrandissement de la pharmacie	2,6 M \$	Planification pendant l'année 2012-2013. Travaux de construction démarrés au 1 ^{er} avril 2013. Fin des travaux prévue pour décembre 2013.
CSSS du Pontiac	CHSLD de Shawville	Construction neuve d'un nouveau centre d'hébergement à Shawville	18 M	Travaux pratiquement terminés au 31 mars 2013. L'occupation des locaux par les résidents devait se faire début mai 2013.
CSSS de Papineau	Centre d'hébergement Vallée-de-la-Lièvre	Transfert 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 Centre d'hébergement Vallée-de-la-Lièvre dans le secteur de Buckingham à Gatineau	N/A	Plan fonctionnel et technique en cours.
	Hôpital de Buckingham	Aménagement d'une unité satellite de dialyse	4,2 M\$	Appel d'offres pour construction lancé au début 2013. Les travaux débiteront en avril 2013 et se termineront à l'automne 2013.

Maintien des actifs immobiliers

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 2012-2013, une subvention régionale de 8,7 M\$ a été réservée 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 (PCFI) visant ainsi une meilleure planification des projets. Ce plan triennal est intégré au système informatisé Actifs+ Réseau.

- ⇒ 2,7 M\$ pour les rénovations fonctionnelles mineures autres qu'en CHSLD.
- ⇒ 1,2 M\$ pour les rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD.
- ⇒ 10,7 M\$ en équipement médical et en équipement non médical et mobilier.
- ⇒ 423 399 \$ pour le maintien à domicile (équipements).

Autres projets

Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments (SARDM) - phase 2

La phase 2 de SARDM a débuté en septembre 2010 et s'est poursuivie jusqu'en mars 2013. L'Outaouais s'est vu attribuer un budget de 315 369 \$.

La phase 3, qui doit se dérouler pendant les années 2013-2014 et 2014-2015 a été confirmée par le MSSS. Une planification régionale des technologies à implanter sera déposée au MSSS au début septembre 2013.

Par ailleurs, les travaux de réaménagement majeur et d'agrandissement des pharmacies des hôpitaux de Shawville (CSSS du Pontiac) et de Maniwaki (CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau) ont été réalisés.

Projets d'efficacité énergétique

Un projet de plus de 2 M\$ a été complété au CSSS de Gatineau, plus précisément dans les installations de l'Hôpital Pierre-Janet. Ce projet a consisté, entre autres, à l'implantation de la géothermie dans le bâtiment principal.

Deux projets ont été approuvés par le MSSS au cours de 2012-2013 et les travaux devront débuter vers l'été 2013. Ce sont les projets à l'Hôpital de Shawville au CSSS du Pontiac et dans plusieurs installations du CSSS de Papineau avec des coûts respectivement de 3 M\$ et de 2 M\$.

Finalement, un projet d'efficacité énergétique a été approuvé pour le CSSS des Collines et devra être exécuté au cours de 2013. Le coût sera de moins de 300 000 \$.



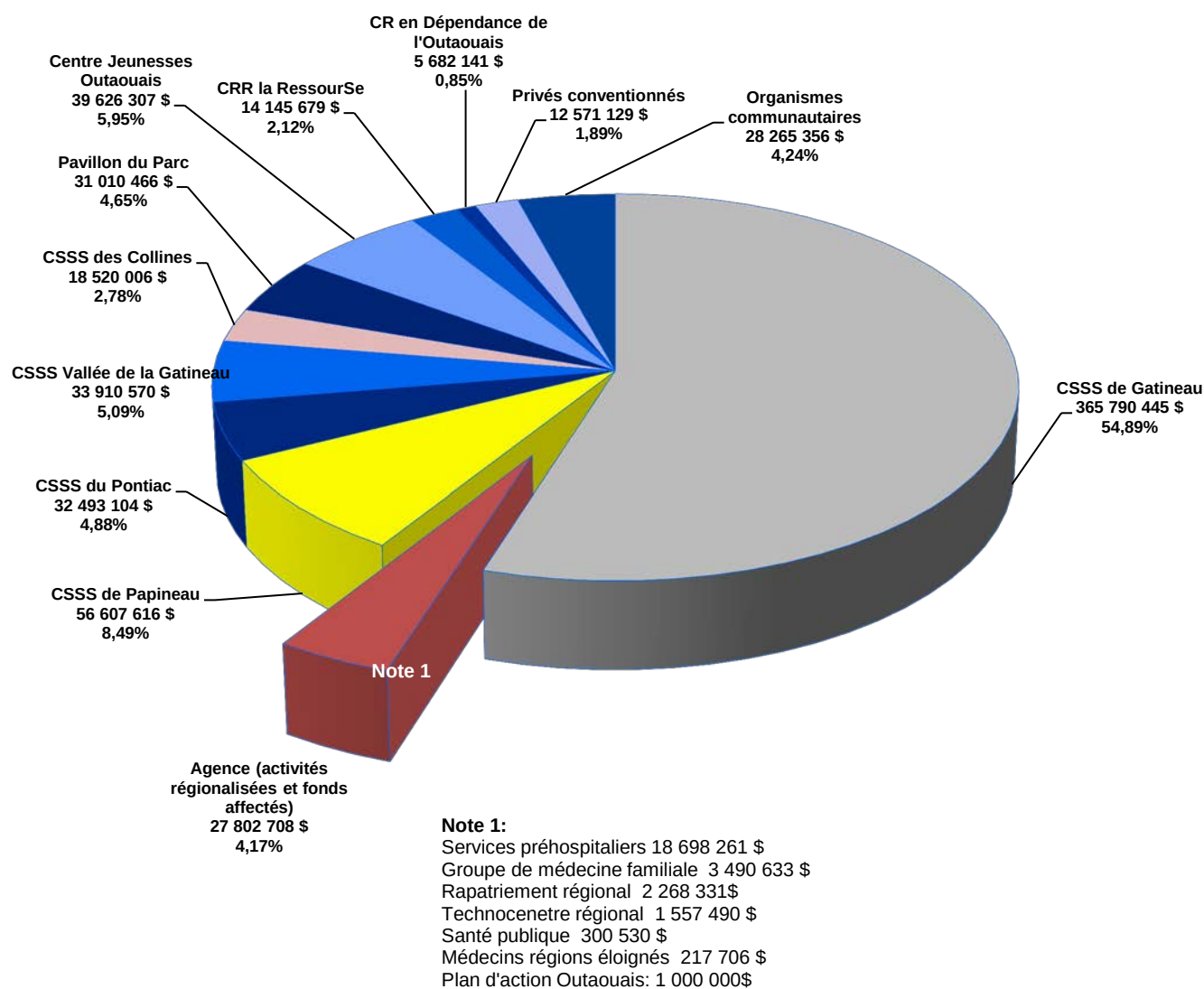
Inauguration de l'urgence de l'Hôpital de Gatineau le 4 juin 2012.



Lancement des travaux pour la construction d'un nouveau CHSLD sur le territoire du CSSS du Pontiac.

Enveloppe régionale de crédits

Répartition de l'enveloppe régionale 2012-2013 au montant de 666 363 027 \$



Retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014

Les établissements publics de la région de l'Outaouais ainsi que l'Agence ont présenté, en décembre dernier, un rapport pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Ce rapport permettait de voir la cible à atteindre en 2013-2014. Voici les résultats transmis au MSSS :

	Réduction de 10 % des dépenses de nature administrative au 31 mars 2012	En dollars (\$)
Établissements publics	7,23 %	3 316 629 \$
Agence	3,17 %	117 681 \$

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, les heures supplémentaires, les frais de déplacement, les médicaments, la formation, les autres charges, le non-remplacement, des 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.

Pour l'Agence, l'adoption d'un plan de compression durant l'exercice 2012-2013 a permis de réduire les dépenses et d'atteindre l'objectif fixé.

Situation financière des établissements de la région

La situation financière du réseau de la santé et des services sociaux pour l'exercice 2012-2013 s'est soldée par un déficit de 11,3 M\$, soit une augmentation de 7 M\$ comparativement au déficit de 4,3 M\$ de l'exercice précédent. Ce déficit est attribuable principalement au CSSS de Gatineau, de Papineau et de la Vallée-de-la-Gatineau. Les déficits des établissements régionaux sont non-récurrents et sont attribuables à l'utilisation de l'avoir-propre pour financer des projets non-récurrents. Un suivi financier très rigoureux sera effectué au cours de l'exercice 2013-2014 afin d'améliorer la situation financière des établissements de la région.

	Exercice financier 2012-2013		Exercice financier 2011-2012	
CSSS	Budget final	Surplus (Déficit)	Budget final	Surplus (Déficit)
CSSS des Collines	18 520 006	10 281	17 778 643	(600 555)
CSSS de Gatineau	365 790 445	(8 473 965)	351 937 942	(2 023 052)
CSSS de Papineau	56 607 616	(2 156 073)	55 862 221	(2 293 485)
CSSS du Pontiac	32 493 104	(847)	31 547 686	(2 109)
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	33 910 570	(608 118)	33 260 458	(688 816)
Sous- total CSSS	507 321 741	(11 228 722)	490 386 950	(5 608 017)

CJO	39 626 307	(224 565)	36 415 259	67 358
CRR La RessourSe	14 145 679	(223 719)	14 104 489	72 885
CRD de l'Outaouais	5 681 805	(113 878)	5 607 996	126 251
Pavillon du Parc	31 010 466	16 127	30 435 696	535 718
Sous-total Établissements régionaux	90 464 257	(546 035)	86 563 440	802 212

Total établissements publics	597 785 998	(11 774 757)	576 950 390	(4 805 805)
-------------------------------------	--------------------	---------------------	--------------------	--------------------

CHSLD Champlain-Gatineau	6 469 332	184 816	6 285 863	166 377
CHSLD Vigi de l'Outaouais	6 101 797	338 126	5 921 487	340 590

Total Établissements privés conventionnés	12 571 129	522 942	12 207 350	506 967
--	-------------------	----------------	-------------------	----------------

Total de la région	610 357 127	(11 251 815)	589 157 740	(4 298 838)
---------------------------	--------------------	---------------------	--------------------	--------------------

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

Données opérationnelles 2012-2013 de l'ensemble des établissements

		Activités : Nb d'usagers	Jours –Présence ou rétribués	Nb de lits au permis	Nb de lits dressés
CSSS	Services de santé en CH		243 053	753	732
	Services sociaux et CHSLD		398 800	1085	1103
	SAD	12 396			
Total CSSS		12 396	641 853	1 838	1 835

CR	Alcoolisme et toxicomanie	1 714	5 844		
	DI ou TED	1 210			
	DP	3156	10 964		
Total CR		6 080	16 808		

CHSLD privés conventionnés			77 617	192	216
CJO		1 563	18 195		

Ressources humaines (nombre de personnes)

Catégories	Médecins	Personnel cadre		Personnel régulier		total		
		TC	TP	TC	TP	TC	TP	Total
CJ		35		291	35	326	35	361
CHSLD privés conventionnés	6	6		72	114	78	114	192
CR		46		400	132	446	132	578
CSSS	477	267	22	4 215	1 856	4 482	1 878	6 360
Total	483	354	22	4 978	2 137	5 332	2 159	7 491
		376 5,02 %		7 115 94,98 %		71,18 %	28,82 %	

Source : Rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2013

CSSS		CSSS des Collines	CSSS de Gatineau	CSSS de Papineau	CSSS du Pontiac	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	Total
Services de maintien à domicile							
Usagers différents ayant reçu des services		766	6 575	2 330	1 640	1 085	12 396
Médecins actifs (nombre de personnes)		4	17	10		4	35
Ressources humaines							
Personnel cadre	TC	15	188	32	17	15	267
	TP	2	4	9	2	5	22
Personnel régulier	TC	172	3 143	392	284	224	4 215
	TP	75	1 220	322	83	156	1 856
Jours – présences en CH	En salles	3 126	174 632	19 522	14 413	14 867	226 560
	En chambres semi-privées	420	9 997	1 968		81	12 466
	En chambres privées	537	3 441	49			4 027
Total		4 083	188 070	21 539	14 413	14 948	243 053
Jours – présences en CHSLD (Ress.héb. institutionnelles)		15 930	219 110	85 806	41 834	36 120	398 800
Jours – présences – hôtellerie hospitalière et foyers de groupe			7 398				7 398
Usagers admis en CH		503	17 563	1 961	1 367	1 661	23 055
No de lit au permis	CH	16	595	63	39	40	753
	Hébergement et soins de longue durée	42	595	231	115	101	1 085
No de lits dressés	CH	22	558	73	39	40	732
	Hébergement et soins de longue durée	42	609	237	115	100	1 003
Durée moyenne de séjour	Soins généraux et spécialisés	7,24	11,17	11,00	10,50	8,83	
	Soins psychiatriques		33,37	11,41			
Pourcentage d'occupation moyenne	CH	69,91	90,68	93,67	100,00	102,38	
	Hébergement et soins de longue durée	103,91	99,28	101,76	100,00	97,98	
Médecins actifs en CH et en CHSLD	Spécialistes		219	4	6	5	234
	Omnipraticiens	16	137	24	16	15	208

CHSLD privé conventionné	CHSLD Champlain-Gatineau	CHSLD Vigi de l'Outaouais	Total
Jours- présences (hébergement et soins longue durée)	42 738	34 879	77 617
No de lits au permis (Hébergement et soins longue durée)	96	96	192
No de lits dressés (Hébergement et soins longue durée)	120	96	216
Pourcentage d'occupation moyenne (Hébergement et soins longue durée)	99,91	99,54	
Médecins actifs Omnipraticiens	3	3	6

Ressources humaines (nombre de personnes)

Personnel cadre	TC	2	4	6
	TP			
Personnel régulier	TC	43	29	72
	TP	48	66	114

Source : Rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2013

CR		CRR La RessourSe	CRD de l'Outaouais	Pavillon du Parc	Total
Jours	Présences en ressources d'hébergement institutionnelles				
	Personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes		5 844		5 844
	Personnes ayant une DP	10 964			10 694
Total					16 808

Jours rétribués en ressource d'hébergement et non institutionnelle	Personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes				
	Personne présentant une DI ou un TED				
	Personnes ayant une DP				
Total					

Personne en atelier, stage et/ou centre d'activités de jour	Personnes présentant une DI			64 023	64 023
---	-----------------------------	--	--	--------	--------

Autres unités de mesure

Personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes inscrites en réadaptation			1 714		1 714
Total					1 714
Personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED	Usagers suivis en intégration à l'emploi			48	48
	Usagers suivis en assistance résidentielle continue			63	63
	Usagers suivis en adaptation/réadaptation/intégration			1 099	1 099
Total				1 210	1 210
Personnes ayant une déficience physique	Usagers suivis en assistance résidentielle continue	365		25	390
	Usagers suivis en adaptation/réadaptation/intégration	2 766			2 766
	Total	3 131		25	3 156

Ressources humaines (nombre de personnes)

Personnel cadre	TC	12	4	30	46
	TP				
Personnel régulier	TC	131	49	220	400
	TP	57	25	49	132

CJ	CJO
Jours – présence en ressources d'hébergement institutionnelles	18 195
Jours rétribués en ressources d'hébergement non-institutionnelles	Non disponible

Services sociaux Protection et services à la jeunesse	Usagers hébergés ou placés	Non disponible
	Usagers évalués et orientés	1 563
	Ayant reçu assistance et support sans être hébergés	1 536
Services sociaux aux adultes	Usagers ayant reçu des services à l'égard de leur famille	184

Ressources humaines (nombre de personnes)

Personnel cadre	TC	35
	TP	
Personnel régulier	TC	291
	TP	35

Source : Rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2013

Autorisations d'emprunts temporaires

L'Agence peut autoriser des emprunts temporaires visant à financer des dépenses d'immobilisation reliées au fond 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 2012-2013, un projet autofinancé de 125 000 \$ a été autorisé par l'Agence pour l'aménagement d'un stationnement.

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 :

Montant réel emprunté au 31 mars 2013	82 020 708
Montant total autorisé au 31 mars 2013	95 641 411

	Par le MSSS	Par l'Agence	Total
Montant autorisé en 2012-2013	182 625 000		182 625 000

Budgets alloués

À chaque exercice, le MSSS alloue des budgets non récurrents, dont voici les plus importants pour l'année 2012-2013 :

Budgets non récurrents	
Réduction des listes d'attente en chirurgie	3 500 000
Jeu pathologique	592 076
Formation médicale décentralisée	450 225
Développement du personnel d'encadrement	336 337
Programme de soutien clinique – préceptorat	232 500
Plan d'action régional en violence conjugale	72 000
Programme en soutien – traitement de la toxicomanie	245 923
Traitement en hémodialyse	750 000
Programme d'intervention en négligence – jeunes	100 000
Services aux réfugiés et demandeurs d'asile	143 100
Organismes communautaires – personnes démunies	78 240
Total	6 500 401

De plus, la région a reçu des crédits récurrents s'établissant à 18,1 M\$ pour financer les coûts de système des établissements et des organismes communautaires, dont l'indexation des salaires reliée aux nouvelles conventions collectives ainsi que les coûts de système spécifiques pour différentes problématiques reliées au programme de santé physique.

À ces crédits s'ajoute du financement de 7,3 M\$ pour le développement des nouveaux services et se détaille ainsi :

Amélioration des services clientèle présentant une DP, DI ou TED	2 322 492
Programme d'intervention en négligence – jeunes en difficulté	720 440
Rehaussement budgétaire – augmentation volume santé physique	2 205 172
Désengorgement des urgences	2 000 000
Plan de développement des soins palliatifs	72 000

Subventions aux organismes communautaires

Programme de soutien aux organismes communautaires, développement des communautés, sécurité alimentaire, proches-aidants, logement social, lutte à l'itinérance et autres projets

Subvention aux organismes communautaires 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Déficiência intellectuelle	2 360 362	2 288 995
Déficiência physique	1 220 744	1 179 846
Dépendances	360 941	349 160
Jeunes en difficulté	3 368 792	3 289 834
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	2 034 460	1 944 626
Santé mentale	5 346 643	5 063 401
Santé physique	1 665 219	1 708 534
Santé publique	2 690 726	2 619 161
Services généraux	6 396 973	6 168 919
Ententes de services	290 616	38 400
Ententes spécifiques	291 522	282 800
Développement des communautés et sécurité alimentaire	682 829	450 186
Proches-aidants	476 460	465 293
Logement social	246 141	240 373
Lutte à l'itinérance	205 969	196 118
Autres projets	626 959	666 638
Total	28 265 356	26 952 284

Source : Engagement par poste budgétaire et organisation subventionnée (SBFR)

Mission globale

Déficiences intellectuelle	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Arche Agapé inc.	456 990	446 279
Association pour personnes exceptionnelles de Papineau inc.	45 004	43 949
Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais	529 238	506 276
Association répit communautaire	101 112	98 742
Ass. intégration communautaire Vallée Gatineau La Lanterne	86 505	84 478
Atelier de formation socioprofessionnelle de la Petite-Nation	147 114	133 108
Camp Gatineau inc.		15 617
Centre artisanal pour la déficience intellectuelle de l'Outaouais	166 889	162 987
Centre Jean Bosco de Maniwaki inc.	183 331	168 477
Centre Serge Bélair	61 147	59 714
Grenier d'apprentissage Jacques L. Charbonneau	12 564	12 270
Trait d'Union Outaouais	570 468	557 098
Total - Déficience intellectuelle	2 360 362	2 288 995

Déficiences physique	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Action Aide Loisir Papineau	60 643	48 664
Amicale des handicapés physiques de l'Outaouais inc.	99 289	96 962
Association de l'ouïe de l'Outaouais	62 238	60 779
Association des neurotraumatisés - Région de l'Outaouais	70 388	68 738
Entre deux roues	12 009	10 000
Logement intégré de Hull inc.	805 276	786 402
Service régional d'interprétation visuel de l'Outaouais	83 486	81 529
Société canadienne de la sclérose en plaques	27 415	26 772
Total- Déficience physique	1 220 744	1 179 846

Dépendances	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Association prévention toxicomanie chez les femmes de l'Outaouais	52 071	50 851
Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais	246 369	237 273
S.O.S. Contact Al-To inc.	62 501	61 036
Total - Dépendances	360 941	349 160

Jeunes en difficulté	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Adojeune inc.	403 364	393 910
Alternative Outaouais	428 611	418 565
Association pour enfants ayant des troubles d'apprentissage	51 857	50 642
Avenue des jeunes	625 454	610 795
Centre d'entraide des aînés de Buckingham	23 607	23 054
Centre des jeunes de Wakefield	62 549	61 083
Espace Outaouais inc.	173 342	169 279
Jardin éducatif du Pontiac	65 465	63 931
Jeunesse sans frontières de la Vallée-de-la-Gatineau	90 664	88 539
La Pointe aux jeunes inc.	142 449	139 110
Les grands-frères et grandes-sœurs de l'Outaouais	30 673	29 954
Les Maisons des jeunes du Pontiac	226 465	221 157
M-Ado Jeunes de Buckingham	155 188	151 551
Maison de jeunes Val-Jeunesse	69 844	68 207
Mani-Jeunes inc.	129 441	126 407
Mashado	162 379	158 573
Prévention C.E.S.A.R.	294 895	287 983
SAGA Jeunesse	104 988	102 527
Salon des jeunes de Thurso « Le Spot »	57 713	56 360

Source des Jeunes	69 844	68 207
Total - Jeunes en difficulté	3 368 792	3 289 834

Soutien à l'autonomie des personnes âgées	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Académie des retraités de l'Outaouais	32 378	31 619
Albatros de la Vallée-de-la-Gatineau	2 978	2 908
Cantine des aînés et aînées de Buckingham		16 334
Centre action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre	151 241	131 364
Centre d'action bénévole d'Aylmer - ACCES	107 252	104 738
Centre d'action bénévole de Gatineau	156 052	152 395
Centre d'action bénévole de Hull	130 022	84 375
Centre de rencontre Arc-en-ciel Itée	12 000	12 168
Centre d'entraide aux aînés	134 466	131 314
Centre des aînés de Gatineau	182 889	178 602
Club de l'âge d'or de Fort-Coulonge	23 882	23 322
Club de l'âge d'or Mgr Martel de l'Île-du-Grand-Calumet	4 701	4 591
Comité de bénévolat pour la région du Pontiac Ouest inc.	16 626	16 236
Comité de transport bénévole de Rapides-des-Joachims	16 211	15 831
Comité de transport d'Otter Lake	15 809	15 438
Comité régional du troisième âge de Papineau	140 422	137 131
Équipe des bénévoles de la Haute-Gatineau	75 177	73 415
Le Mont d'Or	55 796	54 488
Le Regroupement des clubs de l'âge d'or de la Vallée-de-la-Gatineau et des Collines	148 343	144 866
Les Amis du Manoir St-Joseph	38 192	
Les Habitations partagées de l'Outaouais urbain	105 256	102 789
Les Services de répit du Pontiac		37 297

Société Alzheimer de l'Outaouais québécois	472 443	461 370
Transport de l'âge d'or de Campbell's Bay	12 324	12 035
Total - Perte d'autonomie des personnes âgées	2 034 460	1 944 626

Santé mentale	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Aidants unis pour recréer ensemble des soutiens (A.U.P.R.E.S)	21 308	20 809
Apogée	287 597	280 856
Boulev'art de la Vallée	648 684	361 438
Centre d'aide 24/7	1 347 464	1 310 872
Centre Inter-Section	508 230	496 318
Centre Intervalle Pontiac	249 821	243 966
Entraide-Deuil de l'Outaouais	70 526	68 873
L'Envol SRT	72 599	70 897
Les Habitations Nouveau Départ	254 814	248 842
Maison amitié de la Haute-Gatineau	342 640	334 609
Maison Le Ricochet	529 448	517 039
Maison Réalité inc.	753 862	716 193
Organisme d'aide et de support à l'intégration sociale (ODASIS)		139 124
Reg. Des organismes communautaires en santé mentale de l'Out. (ROCSMO)	22 698	22 166
Suicide Détour	114 192	111 516
Tél-Aide Outaouais	122 760	119 883
Total - Santé mentale	5 346 643	5 063 401

Santé physique	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Association pour les personnes souffrant de douleur chronique	80 528	78 641
Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais	837 312	930 031
Épilepsie Outaouais	71 539	69 862
La Maison Mathieu Froment-Savoie	675 840	630 000
Total - Santé physique	1 665 219	1 708 534

Santé publique	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Action-Quartiers	59 877	58 474
Alliance alimentaire de Papineau	10 240	
Banque alimentaire de la Petite-Nation	51 160	49 961
Bouffe-Pontiac	46 201	45 118
Bureau régional action SIDA Outaouais	473 189	462 098
CAP Santé Outaouais	189 469	185 028
Centre alimentaire d'Aylmer	76 462	74 670
Centre Kogaluk	66 993	65 423
Comptoir St-Pierre Fort-Coulonge	10 615	10 366
Entraide de la Vallée	33 303	32 522
Entraide familiale de l'Outaouais	89 981	87 872
Grenier des Collines	45 683	44 612
Groupe communautaire Deschênes	62 581	61 114
La Maison de l'Amitié de Hull	59 185	57 798
La Manne de l'Ile	97 485	95 200
La Mie de l'entraide	51 005	49 810
La Soupe populaire de Hull	141 788	138 465

La Soupière de l'Amitié de Gatineau inc.	109 831	107 257
Le Gîte Ami	435 942	425 725
Les Œuvres Isidore Ostiguy	59 066	57 682
Maison Alonzo Wright	12 834	12 533
Maison communautaire Daniel-Johnson	72 781	71 075
Maison de la famille L'Étincelle	26 848	27 719
Moisson Outaouais	81 236	79 332
Mon Chez-Nous	117 633	114 876
Naissance-Renaissance Outaouais	117 015	114 272
Ress. d'aide et de dépannage pour les alcool. et toxico de Luskville	92 323	90 159
Total - Santé publique	2 690 726	2 619 161

Services généraux	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Association des femmes immigrantes de l'Outaouais	87 955	85 894
CALACS Maniwaki	106 512	104 016
Centre d'aide et lutte contre les agressions sexuelles (CALAS)	320 175	312 671
Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille	292 639	256 483
Centre Mechtilde	695 896	679 586
Donne-toi une chance	201 996	148 434
Groupe Entre-femmes de l'Outaouais	33 438	32 654
Halte-femmes de la Haute-Gatineau	572 219	558 808
L'Antre-Hulloises inc.	183 306	179 010
L'Autre Chez-Soi	631 977	617 165
L'EntourElle	631 977	617 165
L'Impact Rivière Gatineau	169 750	165 771
Le Centre Actu-Elle	183 153	178 860

Le Centre d'entraide « La Destinée »	181 933	177 669
Maison d'hébergement pour Elles des deux Vallées	631 977	617 165
Maison Libère-Elles	631 988	617 176
Maison Unies-Vers-Femmes	665 416	649 820
Réseau anglophone des ressources en santé communautaire (Enrich)	69 421	67 794
TROCAO	105 245	102 778
Total - Services généraux	6 396 973	6 168 919

Total – Mission globale	25 444 860	24 612 476
--------------------------------	-------------------	-------------------

Ententes de services

	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Amicale des handicapés physiques de l'Outaouais	8 630	
Association pour l'intégration communautaire de la Vallée-de-la-Gatineau La Lanterne	6 600	
Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais (APICO)	62 989	
Atelier de formation socioprofessionnelle de la Petite-Nation	18 492	
Centre Jean Bosco de Maniwaki	11 328	
Centre Serge Bélair	15 927	
Donne-toi une chance	39 322	38 400
Service régional d'interprétation visuelle de l'Outaouais	40 332	
Société canadienne de la sclérose en plaques - Outaouais	43 729	
Trait d'Union Outaouais	43 267	

Total - Ententes de services	290 616	38 400
-------------------------------------	----------------	---------------

Ententes spécifiques

	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Association des familles monoparentales de l'Outaouais	1 500	
Maison de la famille de la Vallée-de-la-Gatineau	1 800	1 800
Comité Solidarité Gatineau Ouest	1 500	1 500
Droits-Accès de l'Outaouais	134 692	131 535
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 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	96 653	94 388

Total - Ententes spécifiques	291 522	282 800
-------------------------------------	----------------	----------------

Développement des communautés et sécurité alimentaire

	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Action-Quartiers	44 500	
Alliance alimentaire Outaouais	20 480	20 000
Alternative Outaouais		1 500
Bouffe-Pontiac	63 980	9 000
BRAS-SIDA Outaouais	13 500	
Carrefour Jeunesse de la Vallée-de-la-Gatineau	22 500	
CDC Rond-Point	20 700	
Centre action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre	20 000	15 500
Centre Alimentaire Aylmer	65 480	22 500

Centre d'animation familiale de l'Outaouais	20 000	
Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais		600
Centre haïtien carrières emploi		1 200
CLD de Papineau	9 000	
CLD des Collines de l'Outaouais	38 550	22 300
Comité de vie de quartier Vieux-Gatineau	24 800	25 700
Comité paritaire Le Baron	22 500	
Contacts femmes -enfants	20 480	20 000
CRÉO	14 100	13 500
Commission scolaire Cœur-des-Vallées	1 300	
Commission scolaire des Hauts-Bois		40 500
Coopérative de développement régional de l'Outaouais et des Laurentides	1 000	
Donne-toi une chance		2 000
Entraide de la Vallée	10 240	
Épicerie de l'Île de Hull		1 200
Grenier des Collines		15 000
Groupe communautaire Deschênes	1 500	17 700
Groupe d'entraide pour hommes du Pontiac		18 000
L'Impact Rivière Gatineau	36 000	2 000
Le Patro de Fort-Coulonge/Mansfield	1 380	
La Pointe aux jeunes	1 894	20 700
Les Habitations Nouveau Départ	31 500	
Maison communautaire Daniel-Johnson	24 700	42 298
Maison de la famille l'Étincelle	10 240	15 000
Maison Réalité	20 000	
OMH de Gatineau	25 000	22 500

SADC Vallée-de-la-Gatineau	10 200	12 263
Service Animation Jeunesse	18 000	22 500
Table de concertation agro-alimentaire de l'Outaouais		15 000
Table de concertation des aînés et retraités Outaouais	18 000	
Table de concertation sur la faim	20 480	20 000
Télévision Basse-Lièvre	13 950	18 000
Unité régionale des loisirs de l'Outaouais	15 875	12 225
Université du Québec en Outaouais		1 500

Total - Développement des communautés et sécurité alimentaire	682 829	450 186
--	----------------	----------------

Proches aidants

	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Centre d'action bénévole d'Aylmer	53 697	52 438
Centre des aînés de Gatineau	319 495	312 007
Société Alzheimer de l'Outaouais	103 268	100 848

Total - Proches-aidants	476 460	465 293
--------------------------------	----------------	----------------

Logements social

	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Logement'Occupe	26 848	26 219
OMH de Gatineau	123 071	120 187
ROHSCO	96 222	93 967

Total - Logement social	246 141	240 373
--------------------------------	----------------	----------------

Lutte à l'itinérance

	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
L'Entraide familiale de l'Outaouais	16 496	15 731
La Manne de l'Ile	21 995	20 976
La Soupe populaire de Hull	52 186	49 292
Le Gîte-Ami	115 292	110 119

Total - Lutte à l'itinérance	205 969	196 118
-------------------------------------	----------------	----------------

Autres projets

	Subventions allouées (\$) en 2012-2013	Subventions allouées (\$) en 2011-2012
Académie des retraités Outaouais	30 000	32 135
Adojeune		38 334
Arche Agapè		46 318
Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais		26 584
BRAS-SIDA	170 000	120 000
CALAS Outaouais	29 000	
CÉGEP de l'Outaouais		85 500
Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais	40 918	17 686
Centre Jean Bosco		52 132
Centre Serge Bélair		15 880
CLD des Collines		22 300
Coop des 1001 Corvées		3 704
Coop solidarité Vallée-de-la-Gatineau		8 967
CRÉO	25 000	15 000
CPSP - Centre placement Portages	45 255	22 911
Donne-toi une chance		55 000

Groupe approvisionnement nord-ouest - section Outaouais	28 140	
Le Mont d'Or		4 558
Maison de la famille de la Vallée-de-la-Gatineau		2 000
Moisson Outaouais	131 480	
OMH Gatineau	15 035	14 683
Remue-ménage		5 946
Service d'animation jeunesse de l'Outaouais	20 000	
Table de concertation agro-alimentaire Outaouais		6 000
Table Éducation Outaouais	20 000	20 000
Université du Québec en Outaouais	62 500	43 500
Vallée-Jeunesse	9 631	7 500
Total - autres projets	626 959	666 638

Dans le cadre de la reddition de comptes du programme PSOC, les organismes communautaires doivent remettre divers documents⁶ à l'Agence, 3 mois après la fin de leur année financière. Après compilation de l'ensemble des documents remis le 2 août, 64% des organismes communautaires étaient conformes. L'Agence a procédé à des rappels individuels et le 2 octobre, le taux de conformité était de 90%. Puis en janvier, la reddition de comptes était complétée.

⁶ Liste des documents :

- États financiers de l'année terminée (signés par 2 membres du CA);
- Rapport d'activités de l'année terminée;
- Liste à jour des membres du conseil d'administration;
- Preuve d'au moins 3 réunions du conseil d'administration;
- Preuve de la tenue de l'assemblée annuelle.

Et s'il y a eu modifications aux :

- Règlements généraux;
- Code d'éthique (incluant les règles en regard des conflits d'intérêts);
- Procédure interne d'examen des plaintes;
- Politique et procédure administratives et comptables écrites afin d'assurer une saine gestion de l'organisme;
- Charte et lettres patentes;
- Règles adoptées pour favoriser l'alternance des officiers et des membres du CA;
- Liste des membres des organismes communautaires de regroupement.

Rapport de la Direction sur les états financiers condensés de l'Agence

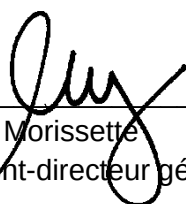
Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables 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.

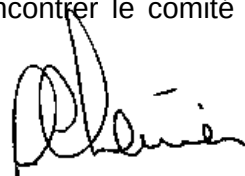
L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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



Dr Guy Morissette
Président-directeur général



Denis Chénier
Directeur de la Gestion des ressources

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés de l'Agence

Lévesque
Marchand
Welch SENCRL

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

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 au 31 mars 2013 et les états des résultats, des soldes de fonds, de la variation de la dette nette, d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2013.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc 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 résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

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 ».

Opinion

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 terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027(03.01.61.26) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais pour l'exercice terminé le 31 mars 2013.

Société de comptables professionnels agréés
201-975, boul. St-Joseph, Gatineau (Québec) J8Z 1W8
T : 819.771.7381 F : 819.771.3089 www.levesquemarchandwelch.ca
Membre indépendant de BKR International

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2013. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2013 et 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Lévesque Marchand Welch snc ¹

Lévesque Marchand Welch SENCRL
Société de comptables professionnels agréés
201-975, boul. St-Joseph
Gatineau, Québec J8Z 1W8
Gatineau, le 14 juin 2013

¹ Par Chantal Farley, CPA auditrice, CA

Lévesque
Marchand
Welch SENCRL

États financiers condensés de l'Agence

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2013 – audité

Résultats	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
Revenus de subvention du MSSS Budget signifié	7 406 512	7 525 547	119 328	153 970
(Diminution) ou augmentation du financement	1 608 647	1 294 002		
Variation des revenus reportés - MSSS	81 100	33 334	134 267	(68 247)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	17 950	11 374		
Total subventions du MSSS	9 114 209	8 864 257	253 595	85 723
AUTRES REVENUS Revenus de placements	7 864	9 371	1 270	910
Revenus d'autres sources Ventes de services et recouvrements	48 532	23 809		
Subventions Gouvernement du Canada	22 224	22 224		
Autres revenus	422 764	317 403	15 172	
Total des revenus	9 615 593	9 237 064	270 037	86 633
Charges Salaires	4 354 003	4 397 275	60 769	44 218
Avantages sociaux	1 050 178	1 054 316	13 004	3 442
Charges sociales	613 823	603 300	7 872	5 319
Frais de déplacement et de représentation et dépenses C.A.	118 297	106 908		
Services achetés	598 996	575 471	33 561	16 995
Publicité et communication	95 168	94 445	26 798	14 452
Loyers	2 188 164	2 010 258		
Location d'équipement	26 445	605		
Fournitures de bureau	88 089	123 523	117	30

Dépenses de transfert	147 655	34 487		
Entretien et réparations	425 879	25 854		
Autres charges	376 321	304 298	827	1 012
Total des charges	10 083 018	9 330 740	142 948	85 468
Surplus (Déficit) de l'exercice	(467 425)	(93 676)	127 089	1 165
Renseignement à titre informatif seulement Contributions de l'avoir-propre (+)				
Transferts interfonds - En provenance du Fonds des activités régionalisées (+)	193 358	159 793		
Transferts interfonds - Affectations au Fonds d'immobilisations (-)	(142 245)	(167 016)		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	(416 312)	(100 899)	127 089	1 165

Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2013 – auditée

Résultats	Exercice courant	Exercice précédent
Revenus de subvention du MSSS Crédits régionaux destinés aux établissements	3 405 268	3 767 643
Variation des revenus reportés - MSSS	594 455	(170 687)
Contributions des établissements	2 463 873	2 125 070
Revenus de placements	6 292	4 036
Revenus d'autres sources Ventes de services et recouvrements		8 199
Autres revenus	488 227	315 994
Total des revenus	6 958 115	6 050 255
Charges		
Salaires	1 390 189	1 521 703
Avantages sociaux	397 916	249 285
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	80 802	103 976
Charges sociales - autres	102 028	110 470
Frais de déplacement et de représentation	81 541	52 131
Services achetés	3 617 769	3 342 283
Publicité et communication	35 029	101 027
Loyers	254 290	251 058
Dépenses de transfert	270 191	231 421
Fournitures de bureau	26 198	40 843
Autres charges	5 454	4 170
Total des charges	6 261 407	6 008 367
Surplus (déficit) de l'exercice	696 708	41 888
Transferts interfonds - En provenance de Fonds affectés (+)	34 917	81 404
Transferts interfonds - Affectations au Fonds d'exploitation (-)	(193 358)	(159 793)
au Fonds d'immobilisations (-)	(92 126)	(35 819)
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir-propre et transferts interfonds	446 141	(72 320)

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2013 – auditée

Résultats	Exercice courant	Exercice précédent
Revenus		
Ministère de la Santé et des Services sociaux Subvention pour le remboursement de la dette-capital	1 187 217	1 105 211
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	1 444 073	1 633 894
Autres revenus	1 521	17 128
Total des revenus	2 632 811	2 756 233
Charges		
Frais financiers Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	1 508 689	1 708 302
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	32 187	15 213
Dépenses d'immobilisations non capitalisées Salaires, avantages sociaux et charges sociales	75 000	75 000
Entretien et maintien des actifs	50 956	31 391
Amortissement des immobilisations	1 169 910	1 009 691
Total des charges	2 836 742	2 839 597
Surplus (Déficit) de l'exercice	(203 931)	(83 364)
Renseignement à titre informatif seulement		
Contributions en provenance du Fonds d'exploitation-activités principales (+)	142 245	167 016
Fonds des activités régionalisées (+)	92 126	35 819
Fonds affectés (+)	259 051	66 027
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	289 491	185 498

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2013 – auditée

Solde de fonds	Activités principales	Avoir propre	Exercice courant (C.1+C.2)	Exercice précédent
Solde créditeur (débiteur) au début		681 620	681 620	781 354
Activités principales Surplus (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)		(467 425)	(467 425)	(93 676)
Transferts interfonds - En provenance de Fonds des activités régionalisées (+)		193 358	193 358	159 793
Transferts interfonds - Affectations au Fonds d'immobilisations (-)		(142 245)	(142 245)	(167 016)
Activités accessoires Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)		127 089	127 089	1 165
Variation de l'exercice		(289 223)	(289 223)	(99 734)
Solde créditeur (débiteur) à la fin		392 397	392 397	681 620

Fonds d'immobilisation**Fonds des activités régionalisées**

Exercice terminé le 31 mars 2013 – auditée

Solde de fonds	Fonds d'immobilisation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
Solde créditeur (débiteur) au début	185 498		146 349	218 669
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	(203 931)	(83 364)	696 708	41 888
Transferts interfonds - en provenance du Fonds d'exploitation (+)	142 245	167 016		
du Fonds des activités régionalisées (+)	92 126	35 819		
de Fonds affectés (+)	259 051	66 027	34 917	81 404
Transferts interfonds – Affectations au Fonds d'exploitation (-)			(193 358)	(159 793)
au Fonds d'immobilisations (-)			(92 126)	(35 819)
Variation de l'exercice	289 491	185 498	446 141	(72 320)
Solde créditeur (débiteur) à la fin	474 989	185 498	592 490	146 349

Fonds d'exploitation – Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2013 – auditée

Bilan	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
Actif				
Encaisse	716 821	977 904	812 585	811 037
Débiteurs				
MSSS	196 105	18 140	306 549	1 384 586
Établissements publics	707	13 796	957 253	268 799
Gouvernement du Canada	11 112	5 556		
Créances interfonds	21 354	62 774	11 995	10 696
Autres débiteurs	388 670	377 099	421 650	357 205
Frais payés d'avance	42 478	40 418	256 678	9 483
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	766 241	883 432	180 210	197 327
Autres éléments d'actif	14 490	28 080		
Total de l'actif	2 157 978	2 407 199	2 946 920	3 039 133
Passif				
Découvert bancaire			1 361 849	1 566 808
Créditeurs et autres charges à payer				
MSSS	7 931	7 931	9 600	
Établissements publics	4 912	3 316	14 002	449
Dettes interfonds	9 188	12 837	17 458	48 257
Salaires courus à payer	295 438	279 079	38 073	18 811
Fonds des services de santé (FSS) à payer	7 950	7 949		158
Autres créditeurs et charges à payer	446 504	316 140	504 374	267 855
Passif au titre des avantages sociaux futurs	956 823	847 521	250 492	215 919
Autres revenus reportés	18 000	249 367	155 799	774 527
Autres éléments de passif	18 835	1 439	2 783	
Total du passif	1 765 581	1 725 579	2 354 430	2 892 784
Solde de fonds	392 397	681 620	592 490	146 349
Total du passif et du solde de fonds	2 157 978	2 407 199	2 946 920	3 039 133

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2013 – auditée

Bilan	Exercice courant	Exercice précédent
Actif		
Encaisse	189 535	205 075
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	13 049 610	19 900 997
Débiteurs MSSS		121 818
Gouvernement du Canada		
Autres débiteurs	67 607	54 764
Immobilisations	7 986 737	6 748 084
Subvention à recevoir - réforme comptable	28 348 713	31 128 008
Frais reportés liés aux dettes	29 099	52 677
Total de l'actif	49 671 301	58 211 423
Passif		
Découvert bancaire		
Emprunts temporaires	15 221 671	22 030 448
Intérêts courus à payer	307 106	286 575
Créditeurs et autres charges à payer	243 155	238 007
Autres revenus reportés	91 594	93 012
Dettes à long terme	33 332 786	35 377 883
Total du passif	49 196 312	58 025 925
Solde de fonds	474 989	185 498
Total du passif et du solde de fonds	49 671 301	58 211 423

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2013 – audité

Bilan	Exercice courant	Exercice précédent
Actif		
Encaisse	2 765 562	2 852 634
Débiteurs		
MSSS	2 003 511	1 180 744
FINESSE	48 806	
Établissements publics	5 871	
Créances interfonds	606	2 140
Autres débiteurs	107 256	279 005
Frais payés d'avance	1 798	87 899
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	43 532	49 795
Total de l'actif	4 976 942	4 452 217
Passif		
Découvert bancaire	575 116	422 940
Créditeurs et autres charges à payer		
Établissements publics	42 297	356 939
Dettes interfonds	7 309	14 517
Salaires courus à payer	13 394	10 828
Autres créditeurs et charges à payer	2 585 898	784 441
Passif au titre des avantages sociaux futurs	39 249	43 532
Autres revenus reportés		410 364
Total du passif	3 263 263	2 043 561
Solde de fonds	1 713 679	2 408 656
Total du passif et du solde de fonds	4 976 942	4 452 17

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2013 – auditée

Solde de fonds	Exercice courant	Exercice précédent
Solde créditeur (débit) au début	2 408 656	1 993 036
Additions (déductions) Surplus (Déficit) de l'exercice	(401 009)	563 051
Transferts interfonds – Affectations au Fonds des activités régionalisées (-)	(34 917)	(81 404)
au Fonds d'immobilisations (-)	(259 051)	(66 027)
Variation de l'exercice	(694 977)	415 620
Solde créditeur (débit) à la fin	1 713 679	2 408 656

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2013 – auditée

Résultats	Exercice courant	Exercice précédent
Revenus Subventions MSSS	212 773	223 261
Crédits régionaux	22 789 835	22 229 859
FINESSES	3 539 439	3 193 888
Revenus de placements	35 893	24 470
Autres revenus	4 908 319	4 584 904
Total des revenus	31 486 259	30 256 382
CHARGES Dépenses de transfert	27 576 663	26 094 896
Charges d'exploitation Salaires	414 694	345 566
Avantages sociaux	81 552	96 056
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	16 713	13 923
Charges sociales - autres	28 576	23 711
Frais de déplacement et de représentation	20 436	8 495
Services achetés	38 120	6 108
Fournitures de bureau	759	10 244
Autres charges	3 709 755	3 094 332
Total des charges	31 887 268	29 693 331
Surplus (déficit) de l'exercice	(401 009)	563 051

État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits

Exercice terminé le 31 mars 2013 – auditée

	Exercice courant
Enveloppe régionale Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2012-2013 inscrit dans le système SBF-R	667 993 231
Affectations de l'enveloppe régionale Allocations aux établissements	610 332 603
Allocations aux organismes communautaires	27 116 669
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	269 839
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit au système SBF-R	637 719 111
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact sur l'enveloppe régionale finale	27 729 963
Autres montants des allocations affectées (préciser) OIIQ : Programme d'externat en soins infirmiers	20 100
Total des affectations de l'enveloppe régionale	665 469 174
Surplus de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	2 524 057
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R Pour les établissements publics Comptes à payer signifiés	1 843 254
Pour les organismes autres que les établissements publics Comptes à payer signifiés	555 636
Total –Comptes à payer inscrit en fin d'exercice dans le système SBF - R	2 398 890
Comptes à fin déterminées reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	125 167
Surplus de l'enveloppe régionale sur les affectations	

Notes aux états financiers

Note 1 – Constitution et objets

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (l'Agence) a été constituée le 1er 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

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

- ⇒ les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec (SIQ) 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'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et 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.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

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.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

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

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

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 respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

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 à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Au 1er janvier 2013, le taux de cotisation pour le RREGOP est de 9,18 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE de 12,30 %.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

<u>Catégorie</u>	<u>Durée</u>
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
Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service	

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence consomme effectivement le service.

Instruments financiers

L'Agence ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- ⇒ Le Fonds d'exploitation : regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- ⇒ Le Fonds d'immobilisations : regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.
- ⇒ Le Fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations de l'Agence relatives à

sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.

- ⇒ Les Fonds affectés : fonds 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 de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du Fonds d'exploitation, du Fonds des activités régionalisées et du Fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Classification des activités

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

- ⇒ Activités accessoires

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

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

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

Centres d'activités

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

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du Fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

Note 3 – modifications comptables

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS relié aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir - MSSS	150 233	132 283
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	156 951	132 283
Charges-avantages sociaux (dépense)	24 668	11 374
Subventions - MSSS	17 950	11 374

Subventions (transferts) gouvernementales

Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du manuel de l'ICCA pour le secteur public).

Cette modification n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

Note 4 – Présentation des données budgétaires

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), l'Agence a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales du fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités accessoires du fonds d'exploitation et celles des fonds d'immobilisations, des activités régionalisées et affectées.

Les prévisions budgétaires des activités principales du fonds d'exploitation sont comparées ci-après aux données réelles correspondantes :

	Réel 1	Budget 2
Produits		
Subventions du MSSS		
Budget signifié	7 406 512	7 228 319
(Diminution) ou augmentation du financement	1 608 647	435 425
Variation des revenus reportés - MSSS	81 100	
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	17 950	
Total des subventions du MSSS	9 114 209	7 663 744
Revenus d'intérêts	7 864	1 500
Revenus d'autres sources		
Recouvrements	48 532	25 000
Subventions du gouvernement fédéral	22 224	22 223
Autres revenus	422 764	170 177
Total des produits	9 615 593	7 882 644
Charges d'exploitation		
Salaires	4 354 003	4 528 750
Avantages sociaux	1 050 178	989 603
Charges sociales	613 823	602 651
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses CA	118 297	109 171
Services achetés	598 996	534 540
Communications	95 168	103 165
Loyer	2 188 164	911 746
Location d'équipement	26 445	20 000
Fournitures de bureau	88 089	84 459
Transfert à des établissements	147 655	
Autres frais	495 277	57 747
Charges non réparties	306 923	175 956
Transfert de frais généraux	(193 357)	(160 000)
Total des charges d'exploitation et non réparties	9 889 661	7 957 788
Excédent (Déficit)	(274 068)	(75 144)
Contributions (+/-)		
En provenance de l'avoir propre		138 144
Affectées au fonds d'immobilisations	(142 245)	(63 000)
Surplus (déficit) de l'exercice après contributions provenant ou affecté à d'autres fonds	(416 313)	

Note 5 – Emprunt bancaire

Au 31 mars 2013, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 60 692 396 \$ 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 2013, le taux est de 1,51 %; 2012 : 1,44 %), garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 45 868 554 \$ du crédit n'a pas été utilisé au 31 mars 2013. La convention de crédit est présentement en négociation et a été renouvelée aux mêmes conditions jusqu'au 1er juin 2013.

Note 6 – 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.

	2013	2012
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)	333 758	1 126 093
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.	3 084 643	3 764 820
Emprunt remboursable par versements annuels égaux de capital, échéant le 2 juin 2016. L'intérêt, au taux de 3,147 %, est payable semestriellement.	4 100 918	4 765 434
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1er décembre 2015. L'intérêt, au taux de 6,31 %, est payable semestriellement.	2 286 355	2 676 254
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1er décembre 2016. L'intérêt, au taux de 3,835 %, est payable semestriellement.	1 431 008	1 493 226
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1er décembre 2016. L'intérêt, au taux de 3,835 %, est payable semestriellement.	1 325 314	1 435 757
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 2 juin 2016. L'intérêt, au taux de 2,929 %, est payable semestriellement.	1 348 691	1 407 329
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1er mars 2014. L'intérêt, au taux de 4,38 %, est payable semestriellement.	3 728 283	3 994 478
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1er mars 2014. L'intérêt, au taux de 4,38 %, est payable semestriellement.	511 057	598 783
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1er décembre 2014. L'intérêt, au taux de 4,079 %, est payable semestriellement.	3 054 862	3 207 605
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1er décembre 2014. L'intérêt, au taux de 4,079 %, est payable semestriellement.	1 982 496	2 262 393
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1er juin 2033. L'intérêt, au taux de 5,004	1 250 107	1 309 636

%, est payable semestriellement.		
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1er décembre 2018. L'intérêt, au taux de 2,406 %, est payable semestriellement.	2 377 539	2 488 986
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1er décembre 2018. L'intérêt, au taux de 2,406 %, est payable semestriellement.	4 696 479	5 472 129
Emprunt remboursable par versements annuels variables de capital, échéant le 1er juin 2018. L'intérêt, au taux de 2,099 %, est payable semestriellement.	1 730 260	
Tranche échéant à moins d'un an		
Marge de crédit - env. déc.	(333 758)	(1 126 093)
Portion de la dette à long terme	(7 665 496)	(3 659 472)
Total	25 242 516	31 217 358

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

2013-2014	7 665 496
2014-2015	7 661 898
2015-2016	3 549 096
2016-2017	6 665 208
2017-2018	<u>1 146 724</u>
	26 888 422 \$

Note 7 – Opération 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

État du suivi des réserves, des commentaires et des observations formulés par l'auditeur indépendant

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX-XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R 5	PR 6	NR 7

Signification des codes :

Colonne 3 :

R pour réserve

O pour observation

C pour commentaire

R pour réglée

PR pour partiellement réglée

NR pour non réglée

Colonne 5, 6 et 7 :

Rapport de l'auditeur indépendant pourtant sur les états financiers et autres informations

Passif - droits parentaux	2011-12	R	Transfert au passif de l'établissement	X		
Passif - assurance-salaire	2011-12	R	Transfert au passif de l'établissement	X		
Loyer-comptabilité comme contrat de location-exploitation	2011-12	R	Aucune directive du MSSS			X

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats

Rapport à la gouvernance

État cumulé de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

Exercice terminé le 31 mars 2013 - Auditée

	Exercice courant	Exercice précédent
Actifs financiers nets (dette nette) au début déjà établis	(3 463 761)	(3 269 827)
Actifs financiers nets (dette nette) au début redressés	(3 463 761)	(3 269 827)
Surplus (déficit) de l'exercice	(248 568)	429 064
Variations dues aux immobilisations		
Acquisitions	(2 408 563)	(1 877 186)
Amortissement	1 169 910	1 009 691
Total – variations dues aux immobilisations	(1 238 653)	(867 495)
Variation due aux frais payés d'avance		
Acquisitions	(163 154)	244 497
Total des variations dues aux frais payés d'avance	(163 154)	244 497
Augmentation (diminution) des actifs financiers nets (dette nette)	(1 650 375)	(193 934)
Actifs financiers nets (dette nette) à la fin	(5 114 136)	(3 463 761)

État cumulé des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars 2013 - auditée

	Exercice courant	Exercice précédent
Activités de fonctionnement		
Surplus (Déficit) de l'exercice	(248 568)	429 064
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Stocks et frais payés d'avance	(163 154)	244 497
Amortissement des immobilisations	1 169 910	1 009 691
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	1 006 756	1 254 188
Variation des actifs financiers et des passifs liés aux activités de fonctionnement	7 275 019	(2 039 617)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisés pour les) activités de fonctionnement	8 033 207	(356 365)
Activités d'investissement en immobilisations		
Acquisitions	(2 408 563)	(1 877 186)

Flux de trésorerie provenant des (ou utilisés pour les) activités d'investissement en immobilisations	(2 408 563)	(1 877 186)
Variation d'autres éléments Subvention à recevoir - réforme comptable	2 919 866	2 243 620
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisés pour les) activités d'investissement	2 919 866	2 243 620
Activités de financement Variation des dettes : Emprunts effectués - Dettes à long terme	1 721 652	2 488 986
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	-	5 472 129
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(3 766 749)	(3 586 956)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	-	(5 444 904)
Emprunts temporaires effectués - Fonds d'immobilisations	109 738 846	123 480 434
Emprunts temporaires remboursés - Fonds d'immobilisations	(114 825 971)	(121 300 000)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	(1 721 652)	(2 476 603)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisés pour les) activités de financement	(8 853 874)	(1 366 914)
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	(309 364)	(1 356 845)
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	2 856 902	4 213 747
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin	2 547 538	2 856 902
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin comprennent Encaisse	2 547 538	2 856 902
Total	2 547 538	2 856 902

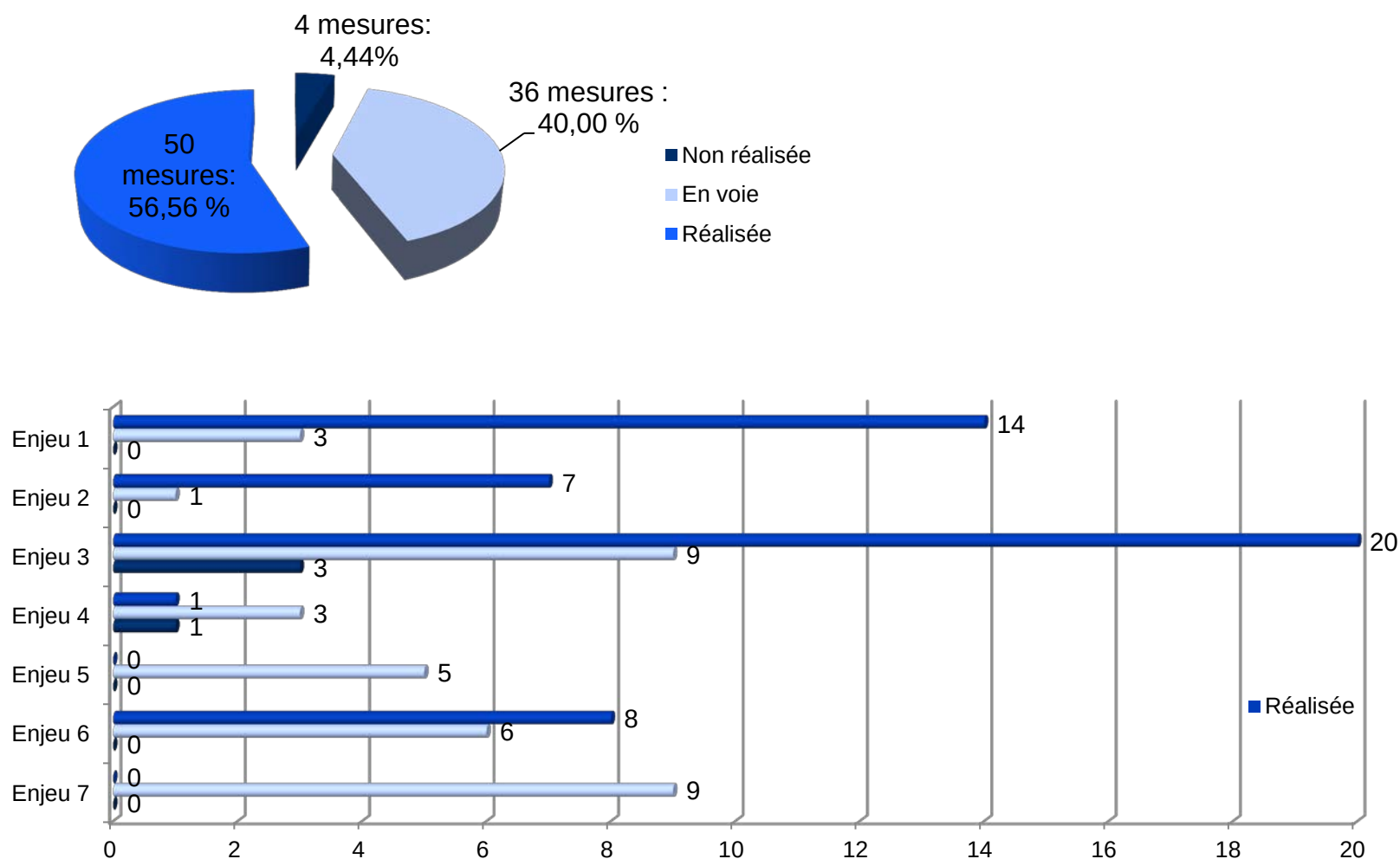
Annexes

Annexe 1

*Suivi des
engagements 2012-
2013 en lien avec la
planification
stratégique 2010-2015*

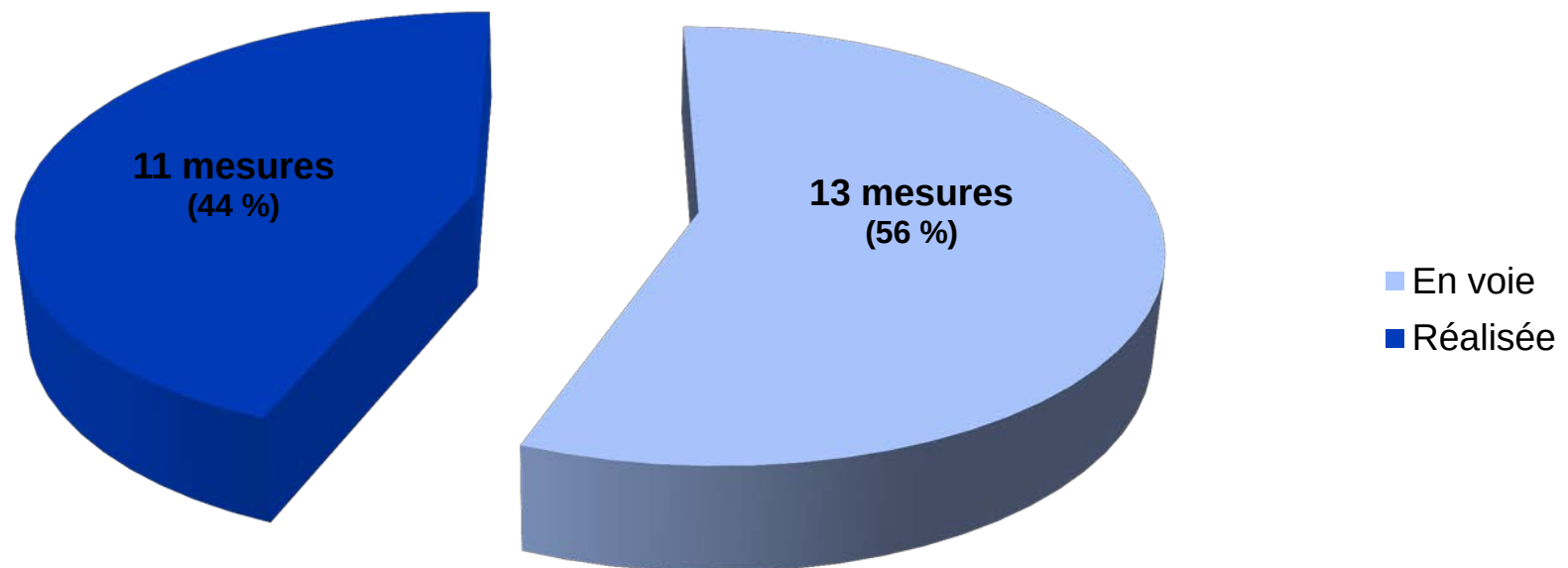
Mesures planifiées de la planification stratégique 2010-2015

Résultats obtenus à la P-13 (2012-2013) pour les mesures planifiées



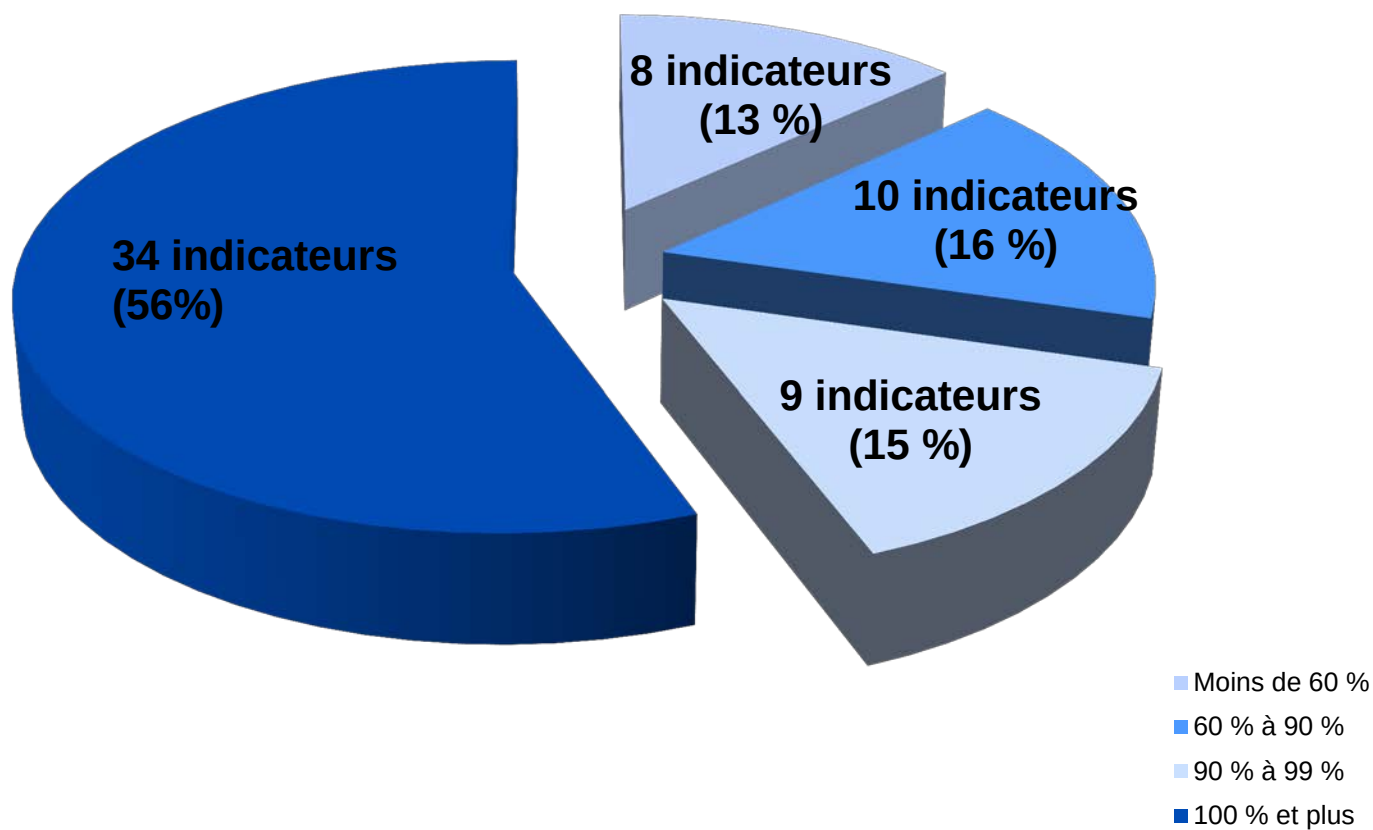
Priorités annuelles et dossiers majeurs 2012-2013

Résultats obtenus à la P-13 (2012-2013) pour les 9 objectifs prioritaires incluant 25 mesures



Indicateurs de gestion de la planification stratégique 2012-2013

Répartition des indicateurs selon l'atteinte de l'engagement à la P-13 (2012-2013)



Bilan régional des mesures planifiées en 2012-2013 à la P-7

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
Enjeu 1. La disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, en nombre suffisant et mobilisée à l'action								
Orientation 1.1 Assurer la disponibilité et le développement d'une main-d'œuvre qualifiée qui répond aux besoins de la région								
1.1.1 Se doter de plans prévisionnels locaux et régionaux de la main-d'œuvre	Plan d'action 2012-2013 p. 1 EGI 5.1.3	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre (3.08)	DGR	100 % des établissements qui ont mis à jour annuellement leur plan de main-d'œuvre	• 100 % (9/9) des plans de main-d'œuvre locaux des établissements publics ont été déposés.	☐	☐	☒
			DGR	Mise à jour annuelle et adoption du plan de main-d'œuvre régional	• Plan de main-d'œuvre régional élaboré.	☒	☐	☒
1.1.3 Appuyer les maisons d'enseignement et les partenaires du Campus santé Outaouais dans l'accroissement du nombre de programmes de formation au sein du CSO ainsi que le nombre de gradués au sein des programmes existants	Plan d'action 2012-2013 p. 3	Nombre de nouveaux programmes ciblés dans le plan d'action du CSO	DGR	3 nouveaux programmes ciblés	• Maîtrise avec DESS en pratique d'infirmière praticienne de première ligne : programme offert à l'UQO depuis 2011. • Technique en analyse biomédicale : programme offert au Cégep depuis 2012. • Technique de radiodiagnostic : demande d'autorisation déposée au MELs en 2010.	☐	☐	☒
		Nombre de projets visant un accroissement du nombre de diplômés au sein des programmes existants du Campus santé Outaouais	DGR	1 projet additionnel	• Cohorte d'intégration pour infirmière auxiliaire : 9 finissantes. • Cohorte d'intégration étude-travail pour l'obtention d'un DEP en assistance de la personne en établissement (PAB) : 17 finissants.	☒	☒	☒
1.1.4 Compléter l'organisation de la formation médicale au sein du Campus santé Outaouais	Plan d'action 2012-2013 p. 4	Nombre de mois-stages en spécialités	DG en collaboration avec la DGR	Augmentation du nombre de mois-stages	• La moyenne des mois stages pour l'année scolaire 2011-2012 : 49,5 mois stages. • La moyenne des mois stages pour l'année scolaire 2012-2013 en date du 31 mars 2013 : 62 mois stages.	☐	☒	☒
		Nombre de résidents à l'Unité de médecine familiale (UMF)	DG en collaboration avec la DGR	80 % de taux de dotation des postes	• 100% de taux de dotation des postes.	☒	☐	☒
		Nombre d'étudiants inscrits au programme d'externat intégré	DG en collaboration avec la DGR	6 à 8 étudiants inscrits au programme	• 8 étudiants inscrits au programme à la P-13.	☒	☐	☒

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
5 Développer une stratégie régionale de promotion des métiers et professions de la santé et des services sociaux	Plan d'action 2012-2013 p. 5	Pourcentage d'établissements	DGR	77 % 7/9 établissements	- Le programme « Jeunes explorateurs d'un jour » s'est actualisé en février et avril. 89% (8/9) des établissements ont participé.	☐	☐	☒
		Pourcentage des organismes scolaires	DGR	75 %	- Le programme « Jeunes explorateurs d'un jour » s'est actualisé en février et avril. - Déploiement du programme vers les écoles secondaires anglophones. 95% des écoles ont participé à l'édition 2013.	☐	☐	☒
		Nombre d'élèves ou d'étudiants participant à jeunes explorateurs d'un jour reçu par les établissements	DGR	90 élèves ou étudiants participants à jeunes explorateurs d'un jour reçus par les établissements	Le programme « Jeunes explorateurs d'un jour » s'est actualisé en février et avril, 119 élèves ont été reçus.	☐	☒	☐
		Nombre d'emplois étudiants offerts par les établissements	DGR	242 emplois	La reddition concernant cet indicateur sera complétée en mai.	☒	☒	☒
1.1.6 Ajuster les approches de recrutement et de rétention aux attentes des différentes générations de travailleurs	Plan d'action 2012-2013 p. 6	Pourcentage d'établissements ayant ajusté leur processus d'attraction ou de rétention	DGR	50 %	77% des établissements ont ajusté leur processus d'attraction ou de rétention. - Réalisé pour : CSSS de Gatineau, CSSS de Papineau, CSSS du Pontiac, CSSS des Collines, CRR la RessourSe, CJO et l'Agence.	☒	☐	☒
Orientation 1.2 Instaurer une vision renouvelée et partagée de la gestion des ressources humaines								
1.2.1 Intensifier l'expérimentation de nouvelles approches en matière d'organisation de travail	Plan d'action 2012-2013 p. 7	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail (3.09)	DGR	55 % des établissements	77% (7/9) des établissements ont réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail. - Réalisé pour : CSSS de Gatineau, CSSS de Papineau, CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau, CSSS des Collines, CRR la RessourSe, CJO et le CRDO.	☒	☒	☐
1.2.2 Renforcer l'application de pratiques exemplaires en matière de qualité de vie au travail et de pratiques professionnelles	EGI 5.2.1	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines (3.14)	DGR	100 % des établissements	Pour les 9 établissements de la région, il est prévu que l'engagement pour l'indicateur 3.14 sera atteint en 2015 tel que convenu avec le MSSS. En effet, six des neuf établissements (66,67 %) ont obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines. Il reste donc à recevoir trois rapports : deux établissements ayant eu leur visite en mars 2013 et un dernier établissement dont la visite aura lieu en 2013-2014.	☐	☒	☒
	Plan d'action 2012-2013 p. 8 EGI 5.2.1	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail (3.13)	DGR	22 % des établissements ont amorcé une démarche	11% (1/2) établissement en démarche : CSSS des Collines. 1 établissement en amorce de démarche : CRR La RessourSe.	☒	☒	☐

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
	Plan d'action 2012-2013 p. 8 EGI 5.2.2	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien à la relève professionnelle (3.10)	DGR	100 % des 7 établissements visés par le préceptorat en soins infirmiers	100% (6/6) des établissements visés ont mis en œuvre leur programme.	☐	☐	☐
1.2.3 Concevoir et mettre en œuvre un programme de soutien aux gestionnaires	Plan d'action 2012-2013 p. 9	Pourcentage d'établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien aux gestionnaires	DGR	100 % des établissements ayant participé à la mise en place des conditions de réflexion et d'appropriation des nouveaux modes de gestion favorisant un réseau socialement responsable	100% des établissements ont participé à la mise en place des conditions de réflexion et d'appropriation des nouveaux modes de gestion favorisant un réseau socialement responsable.	☒	☒	☒
Enjeu 2. L'action en amont des problèmes de santé et de bien-être et la réduction des inégalités de santé et bien-être								
Orientation 2.1 Renforcer l'action intersectorielle et soutenir le développement des communautés								
2.1.1 Accroître les partenariats avec les autres secteurs d'activités (ministères, municipalités, MRC, éducation, logement, emploi, revenu, etc.) afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être	Plan d'action 2012-2013 p. 10	Nombre d'ententes de partenariat avec les instances des autres secteurs d'activités (Agence et établissements	DSP	Soutenir l'approche villes et villages en santé. Consolidation des ententes en cours. Ajout de nouvelles ententes, par exemple : - CRE - MAPAQ Lutte à la pauvreté.	- Journée de travail/réflexion à l'automne 2012 avec la responsable de l'approche Villes et Villages en santé de l'Institut national de santé publique (INSPQ) et l'équipe de la Direction de santé publique. - Continuation des ententes de partenariat dans le cadre du Portrait des communautés avec : CRÉO, Centraide Outaouais, Ville de Gatineau, L'ATINO, CSSS, MRC, CLD, CRCO, UQO, TROCAO, Cégep Outaouais, Emploi Québec, Loisir Sport Outaouais, Québec en forme. - Plusieurs partenariats et ententes en cours (Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale, entente spécifique sur la persévérance scolaire, etc.).	☐	☐	☐
		Nombre d'actions réalisées par les différentes concertations auxquelles l'Agence et le réseau ont participé, et qui permettent d'agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être	DSP	Financement de 21 projets à l'intérieur du fonds de soutien au développement des communautés	La date limite de dépôt des projets au Fonds de soutien au développement des communautés était le 22 octobre 2012 et nous avons financé 21 projets pour l'année 2012-2013.	☐	☐	☐

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
	Plan d'action 2012-2013 p. 11	Nombre d'actions réalisées par les différentes concertations auxquelles l'Agence et le réseau ont participé, et qui permettent d'agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être	DSP	Consolidation des partenariats et soutien des actions intersectorielles en lien avec les saines habitudes de vie	- Poursuite du partenariat avec le secteur agroalimentaire (Table de concertation agroalimentaire de l'Outaouais et le MAPAQ). - Poursuite du partenariat avec la Table de concertation sur la faim et le développement social de l'Outaouais. - Des présentations des résultats de l'Enquête québécoise sur les jeunes du secondaire (EQSJS) sont données en lien avec les partenaires locaux et territoriaux. - Le déploiement du projet régional «Pour des familles outaouaises actives et en santé » se poursuit jusqu'au 30 juin 2014. - Les sessions de sensibilisation aux environnements favorables aux saines habitudes de vie se déploient auprès des acteurs intersectoriels ciblés. - Mise en œuvre du Plan d'action de la Concertation pour de saines habitudes de vie en Outaouais. - Implication des CSSS à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'action des concertations locales. - Dépôt d'un mémoire à la ville de Gatineau et à la MRC des Collines dans le cadre de la révision du schéma d'aménagement	☒	☒	☒
2.1.2 Mettre en place un système de surveillance de développement des communautés à partir des indicateurs pertinents	Plan d'action 2012-2013 p. 12	Production d'un portrait d'ensemble des communautés de l'Outaouais	DSP	Bilan des activités de diffusion et des impacts du projet	- La diffusion des résultats est complétée. Le site Web est fonctionnel et à jour. Les fascicules et les tableaux de bord des 106 communautés sont disponibles également. - Des sessions d'appropriation du Portrait des communautés ont eu lieu à l'automne 2012 dans tous les territoires de l'Outaouais.	☐	☐	☒
2.1.3 Intensifier l'implantation des meilleures pratiques en soutien au développement des communautés	Plan d'action 2012-2013 p. 12	Nombre de mesures de soutien au développement des communautés mises en place	DSP	Formation sur le développement des communautés au niveau local	- Des séances de formation sur les meilleures pratiques en développement des communautés ont eu lieu à l'automne 2012 dans tous les territoires de l'Outaouais. Ces séances de formation étaient faites en même temps que les sessions d'appropriation du Portrait des communautés. - Des présentations locales du Portrait de santé 2011 ont été données.	☐	☐	☐

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
Orientation 2.2 Accroître les actions concertées et efficaces en matière de promotion et de protection de la santé et du bien-être ainsi qu'en prévention des problèmes								
2.2.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues au Programme national de santé publique	Plan d'action 2012-2013 p. 13 EGI 1.1.1	Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP) (1.01.20)	DSP	Poursuivre les activités du PAR et du PAL pour la réalisation du PNSP 85 % des activités PNSP implantées	L'évaluation se fait aux deux ans et la région de l'Outaouais avait atteint sa cible dans une mesure de 83,7 % en 2010-2011. L'Agence a complété et envoyé le 7 mai les grilles d'évaluation au MSSS pour analyse et est en attente des résultats.	☒	☒	☐
2.2.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services de première ligne, en priorisant les problèmes suivants : les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS); les habitudes de vie et maladies chroniques; les chutes chez les personnes âgées; le suicide	Plan d'action 2012-2013 p. 13 EGI 1.1.2	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien (1.01.21)	DSP	Poursuivre les activités de soutien à l'intégration des PCP prioritaires dans les services cliniques de première ligne 85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	- L'évaluation se fait aux deux ans et la région de l'Outaouais avait atteint sa cible dans une mesure de 83,3 % en 2010-2011. L'Agence a complété et envoyé le 7 mai les grilles d'évaluation au MSSS pour analyse et est en attente des résultats. - Les discussions avec le CSSS du Pontiac pour la définition d'un contour de projet pilote en matière de PCP se sont concrétisées et le projet débutera à la mi-mai 2013.	☐	☐	☒
	Plan d'action 2012-2013 p. 14	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien (1.01.21)	DSP	Formation et autres modalités d'atteinte de la cible	L'offre de formation en matière d'entretien motivationnel se poursuit et s'opérationnalise notamment via d'autres canaux de diffusion que la santé publique (ex : maladies chroniques). Il s'agit dans certains cas d'une offre de formation « de type » entretien motivationnel. Enfin, il est toujours prévu d'avoir une offre de service en matière de formation entretien motivationnel ou « de type » entretien motivationnel.	☒	☒	☐
Enjeu 3. L'accès à des services de 1ère ligne et spécialisés offerts de façon continue pour l'ensemble de la population								
Orientation 3.1 Assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux de 1ère ligne								
3.1.1 Accroître la capacité des services médicaux de base disponibles pour la population	Plan d'action régional 2012-2013 p. 19 EGI 2.1.1	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (1.09.27)	DAM	59 % de la population	55,4 % (février 2013).	☐	☐	☒
	Plan d'action régional 2012-2013 p. 19	Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés (1.09.25)	DAM	11 GMF implantés	12 GMF implantés.	☐	☐	☐
		Nombre de cliniques de transition	DAM	Implanter une clinique de transition qui offre des services de consultation sans rendez-vous auprès d'une clientèle sans médecin de famille (EGI CSSS Gatineau)	La clinique de transition sur le territoire du CSSS de Gatineau a été implantée mais a dû fermer ses portes faute de mobilisation médicale. Par contre trois cliniques de transition opèrent des activités en Outaouais. Ces dernières se situent sur les territoires des CSSS de Pontiac, Papineau et de la Vallée-de-la-Gatineau.	☐	☐	☐

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
3.1.2 Assurer l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne	Plan d'action régional 2012-2013 p. 20 EGI 2.1.3	Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne (3.07)	DAM	5 IPS pour un total de 12 en région	12 IPS-SPL (5 candidates + 7 IPS) sont réparties sur chacun des territoires de CSSS de la région.	☒	☐	☐
3.1.3 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille	Plan d'action régional 2012-2013 p. 21	Pourcentage d'adhésions médicales au programme d'accueil et orientation clinique (AOC)	DAM	70 % des médecins de famille de la région	L'accueil – orientation clinique (AOC) compte 2 sites (un à l'hôpital de Gatineau et un à l'hôpital de Hull). Plus d'une vingtaine de protocoles sont en cours d'utilisation. Parmi la communauté médicale de première ligne en Outaouais, 236 médecins utilisent l'AOC pour référer leurs patients vers une douzaine de spécialités. 6 707 patients ont été vus depuis mai 2008.	☐	☐	☐
3.1.4 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 sociale des CSSS) 24 heures par jour, 7 jours par semaine	Plan d'action régional 2012-2013 p. 22 EGI 2.1.4	Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux (1.02.05) Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins (1.02.04)	DOS	Amorce de la mise en œuvre du scénario d'organisation de services retenue	La région doit statuer quant au modèle d'organisation de services à retenir sur une base régionale afin que les travaux se poursuivent.	☒	☐	☒
Orientation 3.2 Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités								
3.2.1 Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants	Plan d'action régional 2012-2013 p. 22 EGI 2.4.2	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC) (1.03.05.01)	DOS	Mise en application progressive des mesures du plan d'action préparé		☐	☐	☒
	(EGI-MSSS-AGENCE Priorités régionales p.10) EGI 2.4.2	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC) (1.03.05.01)	DOS	Produire un bilan de la mise en œuvre du plan d'action 2011-2012 selon le gabarit du MSSS		☐	☐	☒

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
	Plan d'action régional 2012-2013 p. 23 EGI 2.4.3	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité (1.03.08)	DOS	Maintien du nombre de places actuelles	Avec l'avènement de la nouvelle Loi portant sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires, les établissements ont dû revoir l'organisation des ressources et fermer des places vacantes, ce qui a eu pour effet de réduire le nombre de places au plan régional.	☐	☒	☒
	(EGI-priorités annuelles p.10)	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité (1.03.08)	DOS	Libérer au moins 10 % des places en centre d'hébergement de soins de longue durée occupées par des personnes de moins de 65 ans	Des activités de relocalisation d'usagers de moins de 65 ans se sont réalisées au cours de 2012-2013 et un financement DI-TED DP a permis l'ouverture de 16 places en ressources intermédiaires pour les usagers présentant une double problématique.	☒	☒	☐
3.2.2 Augmenter et diversifier l'offre de services résidentiels aux personnes les plus vulnérables en fonction des orientations régionales en matière d'hébergement	Plan d'action régional 2012-2013 p. 24		DOS	Lancement d'une stratégie de recrutement régionale	En attente de la finalisation des signatures des ententes collectives pour planifier la campagne de recrutement régionale. La mise à jour du site WEB de l'Agence a permis l'insertion d'une section définissant les ressources non institutionnelles ainsi que leurs rôles.	☐	☒	☒
		Nombre de places en ressources résidentielles de proximité (1.03.08) Santé mentale : Mise en place d'une ressource d'hébergement pour la clientèle ayant des troubles graves du comportement et requérant un encadrement intensif	DAM	SM : Analyse des conditions de réalisation au plan financier du projet déposé	Financement autorisé pour la mise en place de la ressource d'hébergement pour les clientèles troubles graves du comportement.	☐	☐	☒
Orientation 3.3 Assurer la continuité de services entre les divers prestataires de services de la région pour les clientèles ayant des besoins spécifiques								
3.3.1 Assurer la conclusion d'ententes hors région en matière de couverture de services spécialisés (santé et services sociaux)	Plan d'action régional 2012-2013 p. 25	Nombre d'ententes finalisées en fonction des clientèles priorisées	DAM	CSSS de Gatineau : Entente de services signée pour la région pour la traumatologie pédiatrique	Entente Trauma pédiatrique entre le CSSS de Gatineau et le CHEO	☐	☐	☐
			DAM	CSSS de Gatineau : Entente de services signée en chirurgie thoracique	L'entente n'est pas signée. L'Agence recevra les orientations officielles du MSSS concernant la chirurgie thoracique en Outaouais en 2013-2014.	☐	☒	☒
			DAM	CSSS de Pontiac : Entente de services signée en néonatalogie	Entente signée en 2010 avec CHEO. Comme le précise l'entente, les services sont valables pour une période de deux ans et a été reconduite tacitement par la suite pour des périodes d'un an.	☐	☐	☒
3.3.2 Assurer l'accès à des continums de services sans rupture entre les différents niveaux de services pour les personnes atteintes de maladies	Plan d'action régional 2012-2013 p. 26	Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation (1.09.39)	DAM	Implanter deux nouvelles cliniques d'autogestion diabète, MVC, asthme /MPOC	Le CSSS de Papineau a démontré de l'intérêt pour une telle clinique. Ce projet en est à ces premiers balbutiements de son développement. De plus le nouveau cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne, offre les assises nécessaires pour soutenir des actions de qualité ciblées sur différents axes d'interventions dont les services et les outils d'autogestion.	☐	☒	☒

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
chroniques ou de cancer, et favoriser l'autogestion et la réadaptation			DAM	Élaborer un programme d'autogestion diabète, MVC, asthme/MPOC (CSSS des Collines, CSSS de Papineau, CSSS du Pontiac, CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau)	Cet engagement n'est plus pertinent. Il sera ajusté en fonction du nouveau cadre de référence provincial pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne diffusé en septembre 2012. Ce nouveau cadre offre les assises nécessaires pour soutenir des actions de qualité ciblées sur différents axes d'interventions dont les services et les outils d'autogestion. L'application et le développement des certains de ces axes d'interventions seront à prioriser en 2013-2014.	☒	☐	☒
	EGI 2.2.2	Pourcentage de personnes référées à une infirmière pivot en oncologie (IPO) dans un délai de 2 jours ou moins suivant l'annonce du diagnostic (1.09.40)	DAM	Implantation et utilisation de l'outil de mesure des délais d'attente par les 5 CSSS. L'outil de mesure sera développé par le MSSS et déployé dans les 5 CSSS (Automne 2012)	L'outil a été implanté en Outaouais en juin 2012 mais le MSSS a mis fin au projet en décembre 2012 considérant que la cible de 48 heures n'a pas été démontrée comme pertinente.	☒	☐	☒
	EGI Priorités régionales		DAM	Collaborer avec le MSSS à la mise en place des continuums de services pour les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral	Les travaux pour la mise en place d'un continuum AVC ont débuté en juin 2012. Les travaux se poursuivent actuellement.	☒	☐	☒
3.3.4 Implanter progressivement les lignes directrices de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	EGI 2.3.2	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (1.03.09)	DOS	Consolider les préalables dans 100 % des hôpitaux		☒	☐	☐
			DOS	Élaborer des plans d'action locaux et un plan d'action régional.		☐	☐	☐
			DOS	Amorcer la mise en œuvre des plans d'action		☐	☐	☒
3.3.7 Consolider l'implantation du programme d'intervention PAPFC dans tous les territoires	Plan d'action régional 2012-2013 p. 30	Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou prometteur est offert (1.06.10)	DOS	100 % des territoires locaux (les cinq territoires)		☐	☐	☒
	EGI 2.2.3							
	Plan d'action régional 2012-2013 p. 30	N/A	DOS	Contribuer aux travaux d'évaluation du PAPFC en collaboration avec le milieu universitaire et le MSSS	Collaboration maintenue avec l'UQO, l'UQAT de même que le MSSS. Partenaires mobilisés en fonction des résultats obtenus régionalement.	☐	☐	☒
	EGI (priorités régionales p.10)	N/A	DOS	Implanter un programme s'adressant aux familles négligentes ayant des enfants de 0 à 12 ans;		☐	☐	☒

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
3.3.8 Planter un programme régional d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu pour les jeunes en difficulté et leurs familles	Plan d'action régional 2012-2013 p. 30 EGI 2.2.3	Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace ou prometteur est offert (1.06.11)	DOS	40 % des territoires (2 CSSS)	Mesure implantée au CSSS de Gatineau et pour le CSSS des Collines une entente de services a été signée avec le CSSS de Gatineau.	☐	☒	☒
3.3.9 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	Plan d'action régional 2012-2013 p. 31 EGI 2.2.3	Taux de résignement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse (1.06.14)	DOS	Déterminer la diminution attendue	En attente des orientations du MSSS.	☒	☒	☐
3.3.10 Assurer l'accès à des services de première ligne en dépendance dans les CSSS	Plan d'action régional 2012-2013 p. 32 EGI 2.2.7	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS (1.07.05)	DOS	Augmenter par rapport au résultat 2011-2012 le nombre d'utilisateurs qui ont reçu des services		☐	☐	☐
			DOS	Colliger l'information dans I-CLSC		☐	☐	☒
	EGI CSSS de Gatineau : objectif 3.3.10	Nombre d'intervenants	DOS	Former les intervenants en périnatalité (CSSS de Gatineau)		☐	☐	☐
3.3.11 Assurer l'élaboration d'un plan de services individualisé (PSI) aux personnes ayant une déficience et leur famille qui ont besoin de services de plus d'un établissement	Plan d'action régional 2012-2013 p. 33 EGI 2.2.8	Nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisé (PSI) a été coordonné par l'établissement	DOS	Rédaction et adoption d'un cadre de référence régional pour l'élaboration et le suivi des PSI	Il est prévu que le cadre de référence régional pour l'élaboration et le suivi des PSI soit présenté pour adoption à la table des Directeurs généraux le 26 juin 2013.	☒	☐	☐
	Plan d'action régional 2012-2013 p. 33		DOS	Outil standardisé développé	Le cadre de référence régional inclut les balises devant servir au développement de l'outil PSI.	☒	☒	☐

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
Enjeu 4. Des délais d'accès raisonnables pour des services de santé et des services sociaux, notamment les services spécialisés et spécifiques aux clientèles vulnérables								
Orientation 4.1 Assurer l'accès aux services d'urgence, ainsi qu'aux services médicaux et chirurgicaux spécialisés dans les délais acceptables								
☐ 1.4 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours	Plan d'action régional 2012-2013 p. 39	Chimiothérapie systémique	DAM	Début en 12-13 de la mise en œuvre et du développement de mécanismes de suivi pour l'accès à la chimiothérapie via un outil «maison»	- La région de l'Outaouais vient tout juste de se joindre à ce projet. - Quatre projets pilotes au niveau national ont été démarrés actuellement, incluant la région 07.	☒	☒	☒
			DAM	Évaluer la faisabilité de développer le service de chimiothérapie de proximité afin d'assurer une meilleure couverture sur le territoire de la Vallée-de-la-Gatineau.	L'organisation de la pharmacie est réalisée. La prochaine étape sera la planification des budgets d'opération.	☒	☒	☒
4.1.5 Améliorer l'accès aux services de soins intensifs	Plan d'action régional 2012-2013 p. 39	Nombre d'ententes de complémentarité de services et de transfert entre les CSSS	DAM	Quatre ententes signées	Aucune entente signée pour l'instant. Certains dossiers ne sont pas encore réglés au plan régional et sont tributaires de l'ouverture du réseau de santé d'Ottawa à signer des ententes de complémentarité de services et de transfert de patients requérant des soins intensifs.	☐	☐	☒
4.1.6 Améliorer l'accès aux services publics d'imagerie médicale	Plan d'action régional 2012-2013 p. 40 EGI 6.6.1 Projet d'optimisation (6.6.1c)	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale (1.09.34) Proportion des examens lus 7 jours ou moins (1.09.35)	DAM	- Mesure de référence à établir - Mettre en place les procédures pour avoir les requêtes en main. - Saisir les données dans un système informatique. - Mesurer l'attente et épurer les listes d'attente.	La phase d'identification de l'énoncé du besoin du Projet régional d'accessibilité aux services spécialisés est réalisée et inclut les services diagnostiques d'imagerie médicale (IM). Une démarche de conception du projet est en cours afin d'obtenir l'approbation du Comité directeur (DG et DSP des CSSS) pour la mise en place d'un centre régional de gestion des rendez-vous (RV). Il est prévu que le centre de RV régional recevra les requêtes d'IM pour la prise en charge de la clientèle. Le système d'information utilisé est à déterminer en collaboration avec le MSSS et l'Agence de Montréal.	☐	☒	☒

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
		Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale (1.09.36) Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans 7 jours ou moins (1.09.37)						
Orientation 4.2 Assurer l'accès aux services sociaux, de réadaptation et en santé mentale dans les délais acceptables								
4.2.1 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécifiques et spécialisés dans des délais acceptables	Plan d'action régional 2012-2013 p. 41		DAM	Suivi de la mise en place du service de thérapie unique sans RV pour la clientèle référée par les GMF du territoire.	- Le projet pilote n'a pas donné les résultats prévus : le service n'a pas permis de diminuer la liste d'attente. Malgré les efforts pour diffuser le service auprès de la clientèle en attente, très peu de personnes y ont été desservies. - L'Agence a décidé de mettre fin au projet à partir du 1^e avril 2013 et elle a demandé au CSSS de Gatineau d'effectuer une analyse permettant d'expliquer la non réussite du projet.	☒	☒	☐
Enjeu 5. L'intégration et la mise en réseau des services de santé et des services sociaux								
Orientation 5.1 Soutenir l'approche populationnelle dans le cadre des partenariats au sein des RLS								
5.1.1 Compléter la première génération de projets cliniques et organisationnels pour l'ensemble des populations cibles, et ce, dans les cinq territoires locaux	Plan d'action régional 2012-2013 p. 44	Nombre de projets cliniques et organisationnels adoptés	DSP	Adoption et mise en place d'un plan d'action pour compléter les projets cliniques	Dépendant des CSSS et de l'état d'avancement de leurs travaux concernant les projets cliniques, certains ont des projets cliniques déjà en cours, d'autres ont élaboré et mis en œuvre des plans d'action pour élaborer des projets cliniques, certains travaillent sur un seul projet à la fois, d'autres sont en réflexion.	☒	☐	☐
5.1.2 Accroître le nombre d'ententes de services et de collaboration entre les CSSS et leurs partenaires locaux et régionaux en fonction des objectifs des projets cliniques et organisationnels	Plan d'action régional 2012-2013 p. 44	Nombre d'ententes de services signées entre les CSSS et les divers partenaires du RLS	DSP	Adoption et mise en place d'un plan d'action pour augmenter le nombre d'ententes de services entre les CSSS et les partenaires locaux et régionaux	Dépendant des CSSS et de l'état d'avancement de leurs travaux concernant les ententes de services, certains ont déjà établi des ententes, d'autres ont élaboré et mis en œuvre des plans d'action pour élaborer et actualiser des ententes, d'autres sont en réflexion.	☒	☒	☒

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
5.1.3 Prendre en compte les besoins spécifiques des communautés anglophones, des communautés culturelles et des communautés autochtones dans la conception et la mise en œuvre des projets cliniques	Plan d'action régional 2012-2013 p. 45	Nombre de projets cliniques avec chapitre portant sur l'adaptation des services pour les communautés anglophones, culturelles et autochtones	DOS en collaboration avec la DSP	Intégration des composantes au sein des projets cliniques (à mesurer en fonction du bilan)	- La réalisation de projets cliniques est un préalable à l'atteinte de cet engagement. La réalisation de projets cliniques est actuellement en cours mais n'est pas complétée. - Soulignons toutefois que certains établissements (le CSSS de Gatineau, le CSSS de Papineau, le CSSS des Collines, le Centre régional de réadaptation La RessourSe et les Centres jeunesse de l'Outaouais) se sont néanmoins dotés de plans d'action locaux pour améliorer l'accès de la communauté anglophone aux services de santé et aux services sociaux conformément aux orientations données dans le plan d'action régional pour le Programme d'accès. - En ce qui concerne les communautés culturelles, le CSSS de Gatineau travaille actuellement à l'implantation des orientations ministérielles concernant l'évaluation du bien-être et de l'état de santé des réfugiés et des demandeurs d'asile.	☒	☒	☐
Orientation 5.2 Intensifier la mise en réseau et la hiérarchisation des services de santé et des services sociaux dans les cinq territoires locaux								
5.2.1 Préciser au sein des projets cliniques les arrimages entre les services de première ligne et les services spécialisés/spécifique	Plan d'action régional 2012-2013 p. 45 Projet d'optimisation (6.6.1)	Nombre de projets cliniques et organisationnels qui définissent les arrimages entre les services de 1ère ligne et les services spécialisés ou spécifiques	DSP	Adoption et mise en place d'un plan d'action pour augmenter les arrimages entre les services de première ligne et les services spécialisés	Les arrimages ont été planifiés et établis pour les projets cliniques complétés ou en voie d'être complétés.	☐	☒	☐
5.2.2 Définir au sein des projets cliniques et organisationnels les rôles des organismes communautaires dans l'offre de services	Plan d'action régional 2012-2013 p. 46	Nombre de projets cliniques et organisationnels pour lesquels les rôles des organismes communautaires sont définis	DG en collaboration avec DSP	A définir en fonction du bilan	Les organismes communautaires sont des partenaires actifs dans la planification et l'élaboration des projets cliniques et leur offre de services est incluse.	☒	☒	☐

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
Enjeu 6. Une performance globale accrue au sein d'un réseau régional axé sur la qualité, la sécurité et l'innovation								
Orientation 6.1 Poursuivre le développement d'une culture de qualité et de sécurité au sein du réseau régional								
6.1.1 Se doter d'une stratégie régionale intégrée en matière d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'innovation qui inclura notamment le développement de mécanismes de partage et de transfert de connaissances sur les pratiques exemplaires et les réalisations régionales	Plan d'action régional 2012-2013 p. 47	Stratégie régionale adoptée	DOS en collaboration avec la DGR	Élaboration d'un plan d'action régional en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services	- Un groupe-conseil formé de représentants de 7 établissements a débuté les travaux visant l'élaboration d'une stratégie régionale de gestion intégrée de la qualité. - Une première version de la politique ministérielle d'assurance qualité est annoncée pour décembre 2013.	☒	☐	☒
	Plan d'action régional 2012-2013 p. 41 EGI 5.2.1	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines (3.14)	DOS en collaboration avec la DGR	100 % des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines d'ici 2015	(4/11) 36 % des établissements ont atteint leur engagement à la P-13. (3/11) 27 % des établissements sont en voie d'atteindre leur engagement.	☐	☒	☐
6.1.3 Accroître les partenariats avec le milieu de la recherche et favoriser l'émergence de projets de recherche, ainsi que des processus de transfert de pratiques exemplaires et innovatrices au sein du réseau régional de la santé et des services sociaux	Plan d'action régional 2012-2013 p. 48	Nombre de projets de recherche et de démarches de transfert de connaissances impliquant les établissements	DOS en collaboration avec la DSP	Avoir un portrait des projets de recherche en cours dans le réseau Définir la stratégie	Contrat avec l'UQO : premier rapport de recherche déposé au comité des partenaires du Portrait des communautés mi-avril 2013. Deux autres rapports vont être remis en mai et septembre 2013.	☐	☐	☒

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
Orientation 6.2 Assurer l'intégration et la circulation des informations cliniques au profit d'une desserte améliorée des clientèles								
6.2.1 Favoriser la mise en place de systèmes d'information soutenant les pratiques cliniques et de gestion	Plan d'action régional 2012-2013 p. 50	Nombre de projets réalisés qui sont issus du Plan directeur des ressources informationnelles	DRRI	Projets réalisés en fonction du plan directeur	• Système de dictée numérique (phase 1 : dictée traditionnelle, terminée).	☒	☐	☐
					• Amorce des travaux d'informatisation d'une centrale de rendez-vous.	☐	☒	☐
					• Amorce des travaux d'information du bloc opératoire (projet régional).	☐	☒	☒
	EGI 4.3.2	N/A	DRRI	Amorce des travaux d'implantation du Dossier santé Québec	• Début des travaux de déploiement du DSQ	☐	☐	☐
	Plan d'action régional 2012-2013 p. 50 EGI 4.3.1	N/A	DRRI	DME : Poursuivre les travaux avec la DRMG	• Les cibles prévues en 2012-2013 ont été atteintes : rendre disponibles les résultats de laboratoires dans 6 GMF et 2 cliniques spécialisées. • Les travaux se poursuivent en 2013-2014 pour 5 autres GMF.	☐	☐	☐
	EGI 4.3.1	N/A	DRRI	DCI : Amorcer les travaux avec les établissements	• Amorce des travaux en vue de préparer un plan d'affaires et un échéancier pour l'implantation d'un DCI en Outaouais.	☐	☐	☐
6.2.2 Favoriser une utilisation optimale des ressources informationnelles	Plan d'action régional 2012-2013 p. 50-51	N/A	DRRI	Se doter de moyens pour s'approprier l'utilisation des données et leur croisement pour fin d'analyse en lien avec la mise en œuvre du plan	• Travaux en continu. • Exploitation ad hoc des bases de données. • Projets de collaboration en ligne avec SharePoint.	☐	☒	☐
		Degré de mise en œuvre du plan régional d'optimisation des ressources informationnelles	DRRI	Mise en œuvre du plan d'optimisation des RI	• Un plan de gestion de projet a été élaboré et mis en œuvre pour chacun des dossiers d'optimisation RI.	☒	☐	☒
Orientation 6.3 Améliorer l'efficacité et l'efficience du réseau régional de santé et de services sociaux								

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
6.3.1 Assurer le développement de mesures structurantes d'optimisation de l'utilisation des ressources en fonction de pratiques exemplaires	Plan d'action régional 2012-2013 p. 51	Pourcentage d'établissements ayant réalisé un projet d'optimisation dans l'utilisation des ressources	DG	100% des établissements	- Selon une recension des projets d'optimisation réalisés, en cours ou planifiés (été 2012), plus de 80 projets ont été identifiés par les établissements, couvrant les secteurs administratifs et cliniques. - Le comité de pilotage de la démarche d'optimisation a piloté un exercice de priorisation des volets d'optimisation et sept secteurs ont été identifiés. Des plans d'action 13-14 ont été élaborés. - L'appropriation de l'approche Lean s'est poursuivie. La majorité des établissements de la région ont piloté ou sont en voie de piloter un projet Lean dans leur organisation. - Le Comité de pilotage a assuré l'organisation d'un forum régional Lean qui a eu lieu le 12 avril dernier.	☐	☒	☒
6.3.2 Mesurer de façon continue l'amélioration de la productivité dans divers secteurs de santé et de services sociaux	Plan d'action régional 2012-2013 p. 52	Méthodologie développée avec identification des indicateurs pour les analyses comparatives	DGR	Développement d'outils dans un nouveau secteur (à déterminer)	En continu, développement d'outils pour l'OPTI-SAD et d'outils de comparaison des coûts de production entre établissements comparables.	☒	☐	☒
				Arrimage avec travaux ministériels	En continu.	☐	☐	☐

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
Enjeu 7. La réalité frontalière de l'Outaouais								
Orientation 7.1 Consolider l'autosuffisance de la région en matière de services de santé et de services sociaux								
7.1.1 Préciser l'offre de services médico-hospitaliers et de réadaptation dans la région, ainsi que les services non disponibles devant être offerts hors région	Plan d'action régional 2012-2013 p. 53	Liste complète et à jour des services non disponibles dans la région	(DG en collaboration avec les autres directions	Révision de processus de mise à jour de la liste ou des listes	- Démarche de validation/mise à jour des services par spécialité en voie d'être finalisée au printemps 2013 par la DAM en collaboration avec les chefs de département du CSSSG. - Retard dans l'élaboration du cadre de référence, avec échéancier pour la fin du printemps 2013. - Dépôt au Ministre Dr R. Hébert d'orientations en matière de rapatriement (secteurs à grand volume), sujette à des discussions régionales dans le cadre du bilan mi-mandat de la PSR 2010-2015 (prévu au printemps 2013, mais reporté à l'automne 2013). - Amorce de la préparation d'un plan d'action.	☒	☐	☐
Orientation 7.2 Préciser les paramètres relatifs aux relations de complémentarité avec les ressources de la région de Champlain, incluant les paramètres de gestion de volumes de services spécialisés et surspécialisés non disponibles								
7.2.1 Définir des orientations partagées avec le RLISS Champlain qui incluent, entre autres, des balises sur les mécanismes de référence et les corridors de services	Plan d'action régional 2012-2013 p. 53	Orientations adoptées par le RLISS Champlain et par l'Agence de l'Outaouais	DG en collaboration avec les autres directions	Mise en place d'un mécanisme d'échanges continus avec le RLISS	- Avis transmis au RLISS de Champlain sur leur plan stratégique 2013-2016. - Rencontre de travail avec la cheffe de direction en décembre dernier. - Rencontre entre les comités de direction du RLISS et de l'Agence en vue de convenir de modalités de fonctionnement et des dossiers pour concertation : rencontre prévue en avril reportée suite à l'annonce du départ du PDG.	☐	☒	☒
			DG en collaboration avec les autres directions	Balises communes sur les suivis de dossiers frontaliers	Découlant des travaux conjoints RLISS-Agence, les paramètres de concertation qui s'en dégageront viendront établir les balises communes.	☐	☐	☐
7.2.2 Mettre en place les chantiers identifiés dans le document de réflexion « Forger de nouveaux liens » qui couvrent les divers domaines du caractère frontalier de la région	Plan d'action régional 2012-2013 p. 54	Nombre de chantiers en place et fonctionnels	DG en collaboration avec les autres directions	Développement d'un processus de suivi des chantiers en place	- Rencontres se poursuivent avec certains établissements de l'Ontario en vue de préciser les modalités de fonctionnement. Volonté exprimée par le RLISS et certains hôpitaux de se rencontrer plus régulièrement. - Néanmoins, objectif à revoir pour 2013-2014, car modèle de chantier est appelé à évoluer.	☒	☐	☒
				Définition d'un mécanisme continu avec le CHEO, hôpital d'Ottawa	- Poursuite des travaux avec le CHEO pour la conclusion /mise en œuvre d'ententes (néonatalogie déjà signée, traumatologie en voie de signature). - Poursuite de la mise en œuvre de l'entente avec l'ICO (cardiologie tertiaire).	☐	☒	☒

Références					Collecte d'informations	Résultats de la P-13		
Description de l'objectif de la planification stratégique régionale 2010-2015	No de l'objectif du plan d'action régional 2012 - 2013 ou de l'EGI MSSS/ Agence	Indicateurs	Directions responsables	Engagements régionaux 2012-2013	Commentaires	Non atteint	En voie d'être atteint	Atteint
				Services préhospitaliers Mécanisme d'échange avec les services paramédicaux d'Ottawa	- Aucune entente conclue entre la Ville d'Ottawa, le MSSS et l'Agence. Aucun autre transport effectué par les paramédics d'Ottawa en Outaouais à compter de janvier 2013. 49 transports effectués entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012. - Aucun mécanisme formel d'échange à prévoir avec la ville d'Ottawa à cette étape. - Ajout temporaire d'une équipe additionnelle pour suppléer à l'absence d'entente avec la ville d'Ottawa jusqu'au dépôt du rapport par le Groupe d'experts mandaté par le Ministre Dr R. Hébert (avril 2013)	☐	☒	☒
	Plan d'action régional 2012-2013 p. 55		DG en collaboration avec les autres directions	Données sociosanitaires. Mécanismes pour obtenir des bases de données complètes en temps opportun pour la planification et l'évaluation des programmes et services.	Rencontre en février 2013 entre l'Agence (PDG et directrice de Santé publique), le MSSS, la Direction générale de la santé publique et Infocentre, et l'INSPQ (Directeur aux affaires scientifiques), pour faire un état de situation eu égard à la problématique des données sociosanitaires incomplètes et/ou non disponibles en temps opportun. Engagement du MSSS pour mettre en place des processus de travail conduisant à la résolution des problèmes en lien avec les trois bases de données prioritaires identifiées, soit le Fichier des décès, la base pour le calcul récurrent de la prévalence des maladies chroniques (travaux de l'INSPQ) et le Registre québécois du cancer.	☐	☐	☐
			DG en collaboration avec les autres directions	Données socio-sanitaires Convenir avec le MSSS et les partenaires ontariens d'un mécanisme spécifique à l'Outaouais qui concernera l'ensemble des bases de données visées	Idem au précédent.	☐	☒	☒
		Nombre de chantiers en place et fonctionnels	DG en collaboration avec les autres directions	Services médicaux de première ligne et urgences Balises identifiées pour les discussions à venir	- Démarche amorcée, en lien avec les orientations régionales en matière de rapatriement en vue d'agir sur les services à grand volume en Ontario, entre autres la pédiatrie (secteur à grand volume dans les urgences ontariennes pour services de base). - Identification de pistes pour consolider les liens entre les omnipraticiens et les spécialistes de la région et amélioration de l'offre de services en médecine familiale en région (voir 3.1).	☐	☒	☒

Annexe 2

Fiches de reddition de compte et d'imputabilité

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 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 2012-2013 de l'Outaouais :

- ⇒ présentent les indicateurs, les engagements 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 2012-2013.

Signé à Gatineau le 30 mai 2013

Nom :  _____

Titre : Président-directeur général

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Les priorités régionales
Accès et continuums

Actions régionales	Réalisée	Non réalisée
Accès aux services spécialisés Mettre en œuvre le plan d'action.	X	
Accès aux services de santé mentale Élaborer et soumettre un plan d'affaires et débiter la consolidation des services en fonction de celui-ci.		X
Continuum de services pour les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral Collaborer avec le MSSS à la mise en place des continuums de services pour les personnes atteintes.	X	
Continuum de services pour les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral Collaborer avec le MSSS à la mise en place des continuums de services pour les personnes atteintes.	X	
Continuum de services pour les patients victimes d'un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST S'assurer de la prise en charge des patients par l'application de l'algorithme diffusé.	X	

Commentaires
Trois des cinq actions régionales 2012-2013 sont atteintes. Concernant les deux autres actions : Accès aux services de santé mentale L'action régionale 2012-2013 n'est pas atteinte. Le plan d'affaires concernant les services ambulatoires de 1re et 2^e ligne a été élaboré. Celui-ci n'a pas été déposé au MSSS puisqu'il y aura une nouvelle orientation ministérielle pour élaborer un nouveau projet de plan d'affaires pour l'année 2013-2014. Continuum de services pour les patients victimes d'un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST L'action régionale 2012-2013 n'est pas atteinte. L'Agence est en attente des travaux sur la transmission de l'ECG par les ambulanciers à la salle d'urgence et l'orientation ministérielle à cet effet avant d'élaborer un plan d'action concernant la prise en charge des patients par l'application de l'algorithme diffusé.
Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales
Date : 31 mai 2013

Résultat en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Les priorités régionales

La promotion, la prévention et la protection de la santé

Indicateurs	Résultats* 2011-2013	Engagements 2012- 2013	Résultats ** 2012-2013
1.01.12 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivi dans les SIPPE	68,8 %	80 %	61,5 %
1.01.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	81,4 %	85 %	79,1 %
1.01.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	68,8 %	85 %	71,6 %
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	69 %	85 %	72 %

Commentaires

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

L'engagement 2012-2013 n'est pas atteint et il y a eu une baisse au niveau régional comparativement à l'année 2011-2012. L'année 2012-2013 est une année de transition. En effet, les CSSS ont à adapter l'organisation de leurs services en fonction des nouvelles orientations du MSSS. De plus, les familles en difficulté, qu'elles aient ou non les critères d'admissibilité SIPPE, sont désormais orientées vers les services du Programme Jeunes en difficulté. Ceci a pour conséquence de réduire le nombre de femmes suivies par les SIPPE régionalement.

Première dose de vaccin

Les engagements 2012-2013 ne sont pas atteints pour les trois types de vaccins. On note une amélioration pour deux types de vaccins comparativement à l'an passé. Un projet d'optimisation en immunisation est en cours pour la mise en place d'activités efficaces sur l'accès à la vaccination : procédure de rappel pour rendez-vous manqué, confirmation de rendez-vous, etc.

Des activités d'amélioration pour l'accès à la vaccination ont été mises en place dans certains CSSS. Plusieurs activités qui devaient être mises en place ont été retardées à cause de la tenue d'une grande campagne de vaccination de masse contre la rougeole en 2012.

Nom : Hélène Dupont, directrice de Santé publique

Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

** Résultats P13 inscrits dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Les priorités régionales
Perte d'autonomie liée au vieillissement

Actions régionales	Réalisée	Non réalisée
Perte d'autonomie liée au vieillissement Libérer au moins 10 % des places en centre d'hébergement de soins de longue durée occupées par des personnes de moins de 65 ans		X

Commentaires
L'engagement 2012-2013 n'est pas atteint. Des activités de relocalisation d'usagers de moins de 65 ans se sont réalisées au cours de 2012-2013 sur chacun des territoires et un financement DI-TED et DP a permis l'ouverture de 16 places en ressources intermédiaires pour les usagers présentant une double problématique.
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services
Date : 31 mai 2013

Résultat en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Les priorités régionales
Les jeunes et leur famille

Actions régionales	Réalisée	Non réalisée
Accroître le nombre de jeunes des centres jeunesse bénéficiant du Programme qualification des jeunes (PQJ) régulier;	X	
Offrir une formule intensive du PQJ, notamment aux jeunes contrevenants;	X	
Implanter un programme s'adressant aux familles négligentes ayant des enfants de 0 à 12 ans;	X	
Implanter une offre de service en dépendance pour les jeunes des centres jeunesse par les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.	X	
Effectuer une reddition de compte des mesures mises en œuvre dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014	X	

Commentaires

Toutes les actions régionales 2012-2013 sont réalisées.

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

Date : 31 mai 2013

Résultat en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : **Les priorités régionales**
 Les ressources humaines

Action régionale	Réalisée	Non réalisée
Effectuer la reddition de compte prévue concernant les mesures particulières applicables aux établissements de l'Outaouais	X	

Commentaires
L'action régionale 2012-2013 est réalisée.
Nom : Denis Chénier, directeur de la Gestion des ressources
Date : 31 mai 2013
Résultat en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Les priorités régionales
L'informatisation du réseau

Sujet	Actions régionales	Réalisée	Non réalisée
Déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ)	En regard du DSQ, l'Agence doit mettre en place et soutenir les actions en vue de réaliser les préalables :		
	Capacité financière, humaine et technologique de mener à bien le déploiement dans l'ensemble de la région.	X	
	La cartographie de tous les lieux de dispensation de services à jour : pharmacies, cliniques privées, GMF, UMF, LIM, établissements, etc.	X	
	Mise à niveau des systèmes de laboratoires de la région complétée (SIL).	X	
	Normalisation des tables cliniques des systèmes de laboratoire complétée pour le DSQ	X	
	Présence d'un système de distribution des résultats de laboratoires aux médecins prescripteurs au niveau régional.	X	
	Plan de déploiement régional du DSQ validé par l'Agence et prêt à mettre en œuvre dès le lancement du déploiement.	X	
	Index-patient maître fonctionnel pour tous les établissements.		X
Développent du Dossier clinique informatisé DCI	Projet d'implantation d'un DCI pour la région		X
Développement des Dossiers médicaux électronique (DMÉ)	Présence de DMÉ dans les cliniques privées de la région		X
	Respect des orientations ministérielles encadrant le déploiement	X	

Commentaires

Sept des dix actions régionales 2012-2013 sont atteintes. Concernant les trois autres actions régionales, voici les commentaires :

DSQ : Index-patient maître

L'action régionale n'est pas atteinte. L'index patient-maître est fonctionnel uniquement sur le territoire du CSSS de Gatineau qui dessert 80 % de la population du territoire. Les travaux se poursuivent.

DCI : Projet d'implantation

L'action régionale n'est pas atteinte. Les travaux sont amorcés en vue de préparer un plan d'affaires et un échéancier pour l'implantation d'un DCI en Outaouais. Des activités de mobilisation et d'appropriation du DCI avec tous les établissements de la région ont été entrepris afin de dégager et de développer une vision commune et partagée du DCI pour l'Outaouais. Les travaux se poursuivent.

DMÉ : Cliniques privées de la région

L'action régionale n'est pas atteinte. Deux cliniques spécialisées et 10 GMF dont 33 cliniques ont un DMÉ. Toutefois, il reste 2 GMF et 40 cliniques hors GMF sans DMÉ. Les travaux se poursuivent.

Nom : André Charette, directeur des Ressources informationnelles

Date : 31 mai 2013

Résultat en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Les priorités régionales
Une passerelle vers un avenir en santé

Action régionale	Réalisée	Non réalisée
S'assurer que les CSSS auront débuté l'implantation des orientations ministérielles <i>Une passerelle vers un avenir en santé</i> concernant l'évaluation du bien-être et l'état de santé physique des réfugiés, au plus tard le 30 juin 2012.	X	

Commentaires
L'engagement 2012-2013 est atteint.
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services
Date : 31 mai 2013

Résultat en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Les priorités régionales
Répertoire des ressources

Action régionale	Réalisée	Non réalisée
S'assurer de respecter la cible de 95 % des ressources du territoire devant être mises à jour dans les délais convenus dans le cadre normatif de cette application	X	

Commentaires
L'action régionale 2012-2013 est réalisée. Plus de 97 %* des ressources de la région ont été mises à jour dans les délais convenus dans le cadre normatif.
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services
Date : 31 mai 2013

*Résultat P13 inscrit dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Les priorités régionales
Répertoire des ressources

Action régionale	Réalisée	Non réalisée
S'assurer de respecter la cible de 95 % des ressources du territoire devant être mises à jour dans les délais convenus dans le cadre normatif de cette application	X	

Commentaires
L'action régionale 2012-2013 est réalisée. Plus de 97 %* des ressources de la région ont été mises à jour dans les délais convenus dans le cadre normatif.
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services
Date : 31 mai 2013

*Résultat P13 inscrit dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Les priorités régionales
Répertoire des ressources

Action régionale	Réalisée	Non réalisée
S'assurer de respecter la cible de 95 % des ressources du territoire devant être mises à jour dans les délais convenus dans le cadre normatif de cette application	X	

Commentaires
L'action régionale 2012-2013 est réalisée. Plus de 97 %* des ressources de la région ont été mises à jour dans les délais convenus dans le cadre normatif.
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services
Date : 31 mai 2013

*Résultat P13 inscrit dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Les priorités régionales
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable

Actions régionales	Réalisée	Non réalisée
Adhérer avec les établissements aux engagements du MSSS au regard de la <i>Stratégie québécoise d'économie d'eau potable</i>	X	
Participer à la réalisation du plan de travail national	X	
Compléter un état de situation	X	
Compléter un plan d'action pour chaque établissement et par bâtiment		X
Voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel	X	

Commentaires
Quatre des cinq actions régionales 2012-2013 sont réalisées. Concernant le plan d'action sur la <i>Stratégie québécoise d'économie d'eau potable</i>, l'action régionale 2012-2013 n'est pas réalisée. L'état de situation a été complété à la fin de l'année 2012-2013 et il est prévu de compléter le plan d'action en 2013-2014 suite à l'analyse de cet état de situation.
Nom : Denis Chénier, directeur de la Gestion des ressources Date : 31 mai 2013

Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Les priorités régionales
L'énergie
L'hygiène et la salubrité

Actions régionales	Réalisée	Non réalisée
Collaborer avec le MSSS à mettre en place un plan d'action du programme d'efficacité énergétique et de développement durable	X	
Soutenir les établissements dans la réalisation de quatre étapes : - Désignation d'un responsable de la gestion des zones grises. - Réalisation d'un relevé des équipements, matériels et surfaces. - Désignation du service responsable de l'intégrité sanitaire de chaque item. - Mise en place d'un registre de suivi	X	

Commentaires
Les deux actions régionales 2012-2013 sont réalisées.
Nom : Denis Chénier, directeur de la Gestion des ressources Date : 31 mai 2013 Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Attentes du PDG en regard du réseau régional
Leadership régional

Actions régionales	Réalisée	Non réalisée
Se doter de principes directeurs convenus avec le réseau régional, visant la collaboration et la cohésion d'action dans la mise en œuvre des dispositions du projet de loi 127 et instaurer des mécanismes de coordination et de suivi des travaux.	X	
Assurer le leadership régional et la coordination de la mise en œuvre des plans d'action issus des travaux reliés à la démarche d'intégration du CH Pierre-Janet au CSSS de Gatineau, ainsi que de leur intégration dans les programmes régionaux, le tout dans une perspective d'amélioration de l'accès, la qualité et la continuité des services régionaux en santé mentale, et leur arrimage avec les services de première ligne.	X	

Commentaires
Les deux actions régionales 2012-2013 sont réalisées.
Nom : Denis Chénier, directeur général adjoint par intérim
Date : 31 mai 2013
Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Attentes du PDG en regard du réseau régional
Ressources informationnelles

Actions régionales	Réalisée	Non réalisée
Planification stratégique : Finaliser les orientations stratégiques pour le développement des ressources informationnelles en Outaouais et statuer sur l'ordre des priorités. Cet exercice devrait permettre à l'Agence de déposer un plan directeur 2012-2015 dans le cadre de la Loi 133.		X
Gouverne : Faire évoluer la gouverne régionale actuelle en ressources informationnelles pour inclure les contours financiers, le contrôle du portefeuille des projets et leur arrimage avec les priorités régionales.		X
Élaborer et mettre en place le modèle régional de gouvernance des RI incluant le modèle régional d'organisation des services RI.	X	
Élaborer et mettre en place le cadre régional de gestion des RI pour assurer le suivi du portefeuille de projets et assurer le contrôle de l'utilisation des sommes affectées aux RI dans la région.	X	
Dossier clinique informatisé (DCI) et Dossier Santé Québec (DSQ) : Entreprendre des activités de mobilisation et d'appropriation du DCI avec tous les établissements de la région afin de dégager et de développer une vision commune et partagée du DCI pour l'Outaouais. Parmi les préalables au déploiement du DSQ, le développement de l'index régional doit devenir la priorité et être réalisé au cours de la prochaine année.	X	

Commentaires
Les engagements 2012-2013 de deux des cinq actions régionales ne sont pas atteints. Concernant la planification stratégique, l'action régionale 2012-2013 est réalisée à 50 %. Les orientations stratégiques ont été adoptées par la Table des directeurs généraux et ont servi à préparer le regroupement des ressources informationnelles. Au cours de l'année 2013-2014, il reste à ordonnancer les priorités. Concernant la gouverne, l'action régionale 2012-2013 est réalisée à 90 %. Les travaux se poursuivent et seront exécutés au cours de l'année 2013-2014.
Nom : Denis Chénier, directeur général adjoint par intérim
Date : 31 mai 2013

Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Attentes du PDG en regard du réseau régional

Projet issu du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS)

Actions régionales	Réalisée	Non réalisée
Consolider, au niveau régional la « Centralisation en deux centres du Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) ».	X	
Identifier et chiffrer les bénéfices et les résultats et communiquer au MSSS aux fins d'appréciation dans un rapport final		X
Rendre compte de l'évaluation du projet sous forme d'un état de situation auprès de la direction ministérielle concernée le 30 novembre 2012 et le 31 mars 2013		X

Commentaires
Une action régionale 2012-2013 sur trois est réalisée. Quant aux deux autres, elles sont presque réalisées. Le bilan du projet comprenant les bénéfices, les résultats et l'état de situation est en cours de réalisation et sera déposé au PGRI de l'Agence au début de 2013-2014.
Nom : André Charrette, directeur des Ressources informationnelles Date : 31 mai 2013 Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention : Attentes du PDG en regard du réseau régional

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 :

- infections transmissibles sexuellement et par le sang
- habitudes de vie et maladies chroniques
- chutes chez les personnes âgées
- suicide

Actions régionales	Réalisée	Non réalisée
Poursuivre les activités de PAR et du PAL pour la réalisation du PNSP	X	
Poursuivre les activités de soutien à l'intégration des PCP prioritaires dans les services cliniques de première ligne	X	

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Engagements 2012- 2013	Résultats** 2012-2013
1.01.20 Pourcentage des activités du PNSP implantées	83,7 %	85 %	87,8 %
1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien	83,3 %	85 %	91,7 %

Commentaires
Les deux engagements 2012-2013 sont atteints. Programme national de santé publique (PNSP) Le PNSP est implanté à 87,8 %. L'évaluation se fait aux deux ans et la région de l'Outaouais avait atteint son engagement en 2010-2011 en obtenant 83,7 %. Les activités du Plan d'action local (PAL) et du plan d'action régional (PAR) se sont poursuivies durant toute l'année. Pratiques cliniques préventives (PCP) Le PCP est implanté à 91,7 %. Comme pour le PNSP, l'évaluation se fait aux deux ans et la région de l'Outaouais avait atteint son engagement en 2010-2011 en obtenant 83,3 %. Les discussions avec un établissement de la région pour la définition d'un contour de projet pilote en matière de PCP se sont concrétisées et le projet débutera à la mi-mai 2013. Nom : Hélène Dupont, directrice de Santé publique Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 en 2010-2011 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012.

** Résultats 2012-2013 tirés des tableaux ayant pour source *Questionnaire sur l'état d'implantation des activités du PNSP, avril 2013* et *Questionnaire sur les stratégies utilisées pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, avril 2013, MSSS, 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Engagements 2012- 2013	Résultats** 2012-2013
1.09.25 Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés	2 nouveaux GMF en développement	11 GMF implantés	12 GMF implantés
3.07 Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	7 IPS (6IPS-SPL et une candidate)	5 IPS-SPL pour un total de 12 en région	7 IPS-SPL et 5 candidates pour un total de 12 en région

Commentaires

Les deux engagements 2012-2013 ont été atteints.

Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales

Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012.

**Résultats P13 (IPS-SPL) transmis par les établissements dans le formulaire 556 - Ressources infirmières IPS-SPL en 2012-2013; Résultat P13 (GMF) données comptabilisées manuellement par l'agente de programme

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Engagements 2012- 2013	Résultats** 2012-2013
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	Amorce du plan de déploiement et plan de financement en voie d'être réalisé	Amorce de la mise en œuvre du scénario d'organisation de services retenus	Non 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 quatre (4) minutes ou moins			

Commentaires
L'engagement 2012-2013 n'est pas atteint. Avant d'amorcer la mise en œuvre, la région doit statuer quant au modèle d'organisation de services à retenir sur une base régionale. Les travaux se poursuivent.
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation de services
Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

**Résultats P13 pour les indicateurs 1.02.05 et 1.02.04 en 2012-2013 ne sont pas applicables (N/A).

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

Indicateurs	Engagements 2011-2012	Résultats* 2010-2011	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation	Plan de déploiement comprenant les quatre territoires	En voie d'être réalisé	Élaborer un programme d'autogestion diabète, MVC, asthme/MPOC (CSSS des Collines, CSSS de Papineau, CSSS du Pontiac et CSSS Vallée-de-la-Gatineau)	Non réalisé
Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures	Développement d'un outil afin d'améliorer la fiabilité des données	En voie d'être réalisé	Implantation et utilisation de l'outil de mesure des délais d'attente par les 5 CSSS. L'outil de mesures sera développé par le MSSS et déployé dans les 5 CSSS (automne 2012)	Non réalisé

Commentaires

Programme d'autogestion et de réadaptation

L'engagement 2012-2013 n'est pas atteint et n'est plus pertinent. Il sera ajusté en fonction du nouveau cadre de référence provincial pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne diffusé en septembre 2012. Ce nouveau cadre offre les assises nécessaires pour soutenir des actions de qualité ciblées sur différents axes d'interventions, dont les services et les outils d'autogestion. L'application et le développement des certains de ces axes d'interventions seront à prioriser en 2013-2014.

Infirmières pivots et délais d'attente

L'outil a été implanté en Outaouais en juin 2012, mais le MSSS a mis fin au projet en décembre 2012 considérant que la cible de 48 heures n'a pas été démontrée comme pertinente.

Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales

Date : 31 mai 2013

*Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

Indicateurs	Engagements 2011-2012	Résultats* 2010-2011	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation	Plan de déploiement comprenant les quatre territoires	En voie d'être réalisé	Élaborer un programme d'autogestion diabète, MVC, asthme/MPOC (CSSS des Collines, CSSS de Papineau, CSSS du Pontiac et CSSS Vallée-de-la-Gatineau)	Non réalisé
Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures	Développement d'un outil afin d'améliorer la fiabilité des données	En voie d'être réalisé	Implantation et utilisation de l'outil de mesure des délais d'attente par les 5 CSSS. L'outil de mesures sera développé par le MSSS et déployé dans les 5 CSSS (automne 2012)	Non réalisé

Commentaires

Programme d'autogestion et de réadaptation

L'engagement 2012-2013 n'est pas atteint et n'est plus pertinent. Il sera ajusté en fonction du nouveau cadre de référence provincial pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne diffusé en septembre 2012. Ce nouveau cadre offre les assises nécessaires pour soutenir des actions de qualité ciblées sur différents axes d'interventions, dont les services et les outils d'autogestion. L'application et le développement des certains de ces axes d'interventions seront à prioriser en 2013-2014.

Infirmières pivots et délais d'attente

L'outil a été implanté en Outaouais en juin 2012, mais le MSSS a mis fin au projet en décembre 2012 considérant que la cible de 48 heures n'a pas été démontrée comme pertinente.

Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales

Date : 31 mai 2013

*Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

**Résultats P13 pour 2012-2013 en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.06.10 Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace	100 % des territoires locaux	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	20 %, soit 1 territoire	40 %, soit 2 territoires	40 %, soit 2 territoires
1.06.14 Taux de signalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse	08-09 : 9 % 09-10 : 12 %	Déterminer la diminution attendue	Non réalisé

Commentaires

Deux des trois engagements 2012-2013 sont atteints.

Concernant l'indicateur 1.06.14 « *Taux de signalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse* », l'engagement 2012-2013 n'est pas atteint. L'Agence est en attente des orientations du MSSS afin de déterminer la diminution attendue.

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

Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

**Résultats P13 pour 2012-2013 en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	165 personnes	265 personnes	171 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	127 places	126 places	115 places
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{ère} ligne en CSSS (mission CLSC)	3 606 personnes	4 647 personnes	3 781 personnes
Nombre de jeunes souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{ère} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	462 jeunes	805 jeunes	493 jeunes
Nombre d'adultes souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{ère} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	3 144 adultes	3 842 adultes	3 288 adultes

Commentaires

Suivi d'intensité variable

Bien que l'engagement 2012-2013 pour le suivi de l'intensité variable (1.08.05) ne soit pas atteint, on constate un résultat supérieur comparativement à l'année précédente. La non-atteinte de l'engagement est attribuable majoritairement à un des cinq CSSS. L'équipe SIV de ce CSSS assume la prise en charge d'une clientèle en besoin d'intensité moindre que celle prévue selon le modèle de pratique SIV. Cette situation diminue la capacité de l'équipe à prendre en charge la clientèle ayant un profil SIV et requérant des services d'intensité plus élevée (minimum de 2 rencontres par période). Le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) du MSSS est impliqué auprès des équipes SIV afin de soutenir la consolidation de cette pratique et corriger les difficultés ayant un impact sur les résultats.

Suivi intensif dans le milieu

L'engagement 2012-2013 n'est pas atteint pour l'indicateur 1.08.06. La différence de 14 places comparativement à l'année 2011-2012 s'explique majoritairement par des postes non comblés au sein de l'équipe SI. Une deuxième équipe de suivi intensif sera en fonction à l'automne 2013. La consolidation du service du suivi intensif en 2013-2014 devrait permettre une augmentation du nombre d'usagers.

Services de santé mentale de première ligne

L'engagement 2012-2013 n'est pas atteint pour l'indicateur 1.08.09. Suite à l'introduction d'une nouvelle méthode de calcul ayant un impact significatif sur les résultats de l'indicateur, l'Agence a demandé aux CSSS d'effectuer des corrections dans la codification afin de répondre aux exigences de l'indicateur. Deux sur cinq CSSS n'ont pas encore mis en place les changements dans la codification. De plus, des discussions sont en cours entre les trois instances (MSSS, Agence et établissements) concernant la clientèle « jeune » ayant un

diagnostic TDAH qui est codifié au programme « Jeunes en difficulté ». Cette clientèle représente un volume important qui n'apparaît pas dans les résultats de l'indicateur 1.8.9.

D'ailleurs, les limites dans l'univers retenu par certains critères dans la codification de l'indicateur 1.8.9 ont un impact significatif sur les résultats de certains CSSS. Par exemple, l'indicateur ne retient que les interventions individuelles, bien que les interventions familiales soient très fréquentes dans l'intervention auprès des jeunes. Également, les interventions de groupe chez la clientèle « adulte » ne sont pas retenues dans le calcul de cet indicateur.

Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales

Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

**Résultats P13 inscrits dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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 leur famille

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	41** jeunes et adultes	Augmenter par rapport au résultat 2011-2012 du nombre d'utilisateurs qui ont reçu des services	122** jeunes et adultes
	N/A	Colliger l'information dans I-CLSC	Réalisé
1.5.5 Nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence à un plan de services individualisé (PSI)	N/A	Rédaction et adoption d'un cadre de référence régional pour l'élaboration et le suivi des PSI	Non réalisé

Commentaires

Les deux engagements 2012-2013 concernant le nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique sont atteints.

Concernant les plans de services individualisés (indicateur 1.5.5), l'engagement 2012-2013 est presque atteint. En effet, il est prévu que le cadre de référence régional pour l'élaboration et le suivi des PSI soit présenté pour adoption à la Table des directeurs généraux le 26 juin 2013.

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

Date : 31 mai 2013

**Résultats dans T-BIG à la P-13 en 2011-2012 et en 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	63,67 %	65 %	68,67 %

Commentaires

L'engagement 2012-2013 est atteint.

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

Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

**Résultats P-13 2012-2013 avant validation.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention : Adaptation des services

Objectifs de résultats : 2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées

Indicateurs	Engagements 2011-2012	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.03.07 Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche gériatrique	Instaurer 4 des 4 préalables à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier- (réalisé)	Réalisé	Consolider les préalables dans 100 % des CHSGS	Réalisé
	Procéder à un diagnostic organisationnel en regard des composantes de cette approche (réalisé)	Réalisé	Élaborer un plan d'action	Réalisé
	Initier la démarche d'implantation de l'approche selon les échéanciers ministériels	Réalisé	Amorcer le plan de mise en œuvre du plan d'action	Réalisé

Commentaires

Tous les engagements 2012-2013 sont atteints.

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

Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

**Résultats en date du 31 mars 2013.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention : Services de soutien à domicile

Objectifs de résultats : 2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Actions régionales	Réalisée	Non réalisée
Produire un bilan de la mise en œuvre du plan d'action 2011-2012	X	
Mise en application progressive des mesures du plan d'action préparée	X	

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.03.05.01 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	327 955 heures	359 649 heures	325 276 heures
1.03.05.01 (SAPA) : Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC)	N/A	116 820 heures	121 713 heures

Commentaires
Les deux actions régionales sont réalisées et l'engagement 2012-2013 pour l'indicateur 1.03.05.01 SAPA est atteint. Concernant l'indicateur 1.03.05, l'engagement 2013-2014 n'est pas atteint. Les CSSS sont en processus de réorganisation du travail afin d'optimiser les tâches réalisées par tous les professionnels impliqués au soutien à domicile (SAD). Ils sont en démarche d'analyse, d'implantation ou de gestion du changement. Les CSSS doivent prendre le temps d'effectuer les changements au sein des équipes SAD afin d'en assurer des effets positifs et une pérennité. La région pourra mesurer l'effet des changements au cours de l'exercice financier 2013-2014.
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services
Date : 31 mai 2013

*Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

**Résultats P-13 inscrits dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Objectifs de résultats : 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :

- 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

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.45.45.02 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 URGENTE	80,0 %	90,0 %	60,0 %
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	90,9 %	90 %	91,50 %
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	83,8 %	75 %	83,40 %

Commentaires

Concernant les demandes de PRIORITÉ ÉLEVÉE et de PRIORITÉ MODÉRÉE, les engagements 2012-2013 sont atteints.

Quant aux demandes de PRIORITÉS URGENTES, l'engagement 2012-2013 n'est pas atteint pour deux des cinq demandes urgentes reçues en 2012-2013. Ces deux demandes sont en Déficience physique et l'une d'entre elles est une erreur de codification de l'établissement, un cas jugé URGENT à l'accueil a été réévalué de niveau ÉLEVÉ dans le programme service. Quant à l'autre demande reçue dans un autre établissement, le service aurait été donné avant la saisie de la demande à l'accueil. Dans un tel cas, le système informatique du I-CLSC ne peut considérer le service comme étant déjà donné. Bref, si nous excluons ces erreurs de codification, l'Outaouais obtient 100 % et atteint ses engagements 2012-2013

Des mesures ont été prises, par les gestionnaires d'accès et les pilotes I-CLSC pour tenter d'éviter ce genre d'erreur.

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

Date : 31 mai 2013

*Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

**Résultats P-13 inscrits dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	70,1 %	60 %	67,7 %

Commentaires

L'engagement 2012-2013 a été atteint.

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

Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

** Résultats P-13 inscrits dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.09.20 01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	93,7 %	90,0 %	97,0 %
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	93,7 %	90,0 %	96,5 %
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	98,3 %	90,0 %	99,0 %
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	87,1 %	90,0 %	90,0 %
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	93,2 %	90,0 %	95,0 %

Commentaires

Tous les engagements 2012-2013 sont atteints.

Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales

Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

****Résultats P-13 inscrits dans T-BIG pour l'année 2012-2013**

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie (priorité ministérielle)

Objectifs de résultats : 3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.09.32.01 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche (PTH)	0	0	0
1.09.32.02 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou (PTG)	3	0	0
1.09.32.03 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	1	0	2
1.09.32.04 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	129	0	38
1.09.32.05 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	8	0	10
TOTAL	141	0	50

Commentaires

Les engagements 2012-2013 sont atteints pour l'arthropathie de la hanche et du genou.

Régionalement, nous constatons une réduction de 65 % du nombre de demandes de chirurgies en attente de plus d'un an comparativement à 2011-2012. Les travaux se poursuivent concernant le projet d'une centrale de rendez-vous régionale. L'entente de zone franche est actuellement en vigueur entre le CSSS de Gatineau et le CSSS de Papineau.

Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales

Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

**Résultats P-13 inscrits dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Objectifs de résultats : 3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.09.08A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	99,54 %	99 %	98,89 %
1.09.08B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	100 %	90 %	95,12 %

Commentaires

L'engagement 2012-2013 pour l'indicateur 1.09.08A est presque atteint. En effet 887/987 demandes de services ont été réalisées dans les délais représentant 98,89 % des demandes. Il manque une seule demande pour atteindre l'engagement de 99 % soit 888/987 demandes. Un suivi sera fait à ce sujet.

L'engagement 2012-2013 pour l'indicateur 1.09.08B est atteint.

Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales

Date : 31 mai 2013

*Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

**Résultats P-13 inscrits dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Objectifs de résultats : 3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.09.07 Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	100 %	90 %	99,70 %
1.09.33 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	70,5 %	70 %	74,60 %

Commentaires

Les engagements 2012-2013 sont atteints.

Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales

Date : 31 mai 2013

*Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

**Résultats P-13 inscrits dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention : Urgences

Objectifs de résultats : 33.1.6 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.

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	32,18 %	15 %	30,96 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	13,7 %	0 %	9,80 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	23:85 heures	12:00 heures	21:11 heures

Commentaires

Malgré une amélioration significative des trois indicateurs, les engagements 2012-2013 ne sont pas atteints. Beaucoup d'efforts ont été déployés cette année pour améliorer la situation par exemple : la gestion des lits, l'orientation rapide des patients vers les bons services, l'augmentation des services à domicile et la mise en place d'unités d'hospitalisation brève. De plus, plusieurs établissements ont mis en place des processus de gestion tels que le Lean.

Les efforts se poursuivront en 2013-2014 afin d'améliorer les résultats. Il est prévu entre autres de faire un suivi quotidien continu dans toutes les urgences, de faire des rencontres du CCRDU aux deux semaines, de rencontrer les responsables du désengorgement des urgences dans tous les établissements. Tous les établissements ont dû produire un plan de désencombrement des urgences en incluant la notion de surcapacité et l'Agence s'assurera de la mise en application des actions incluses dans ce plan.

Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales

Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

** Résultats P-13 inscrits dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	100 %	90 % des hôpitaux	60 % des hôpitaux
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	80 %	90 % des hôpitaux	80 % des hôpitaux
1.01.19.3 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100 %	90 % des hôpitaux	100 % des hôpitaux

Commentaires

Les engagements 2012-2013 ne sont pas atteints pour deux des trois indicateurs.

1.01.19.1 : 60 % (3/5) des hôpitaux participants à la surveillance provinciale ont un taux inférieur aux taux établis. Deux des 5 établissements de la région n'ont pas atteint l'engagement; plusieurs éclosions ont été à l'origine de l'augmentation des cas par rapport aux années antérieures.

1.01.19.2 : 80 % (4/5) hôpitaux participants à la surveillance provinciale ont un taux inférieur aux taux établis. Pour le 5e établissement; à cause du petit nombre de lits, 1 cas de trop fait augmenter le taux d'infections au-delà du seuil établi.

1.01.19.3 L'établissement participant obtient un taux inférieur au seuil établi et par conséquent, la région obtient 100 %.

Mesures prises pour améliorer les résultats : un suivi est fait de façon régulière par l'Agence auprès des CHSGS.

Nom : Hélène Dupont, directrice de Santé publique

Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

** Pourcentage de CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux taux établis. Présentation des résultats pour l'année 2012-2013, INSPQ, mai 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention : Dossiers cliniques informatisés
Dossier de santé Québec

Objectifs de résultats : 4.3.1 Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements

4.3.2 Implanter le Dossier de santé du Québec (DSQ) et l'intégrer à la stratégie d'informatisation du réseau

Actions régionales	Réalisée	Non réalisée
DME : Poursuivre les travaux avec la DRMG	100 %	90 % des hôpitaux
DCI : Amorcer les travaux avec les établissements	80 %	90 % des hôpitaux
DSQ : Amorcer les travaux	100 %	90 % des hôpitaux

Commentaires

Toutes les actions régionales sont réalisées.

Nom : André Charrette, directeur des Ressources informationnelles

Date : 31 mai 2013

Résultat P13 en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	50 %	100 %	100 % **
3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	66,7 %	55 %	77,8 %***

Commentaires

Les engagements 2012-2013 sont atteints

Nom : Hélène Dupont, directrice de Santé publique

Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

** Résultats P13 tirés des fiches de reddition de comptes 2012-2013 des établissements

***Résultats P13 inscrits dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	7,31 %	7,39 %	7,71 %
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	4,76 %	4,61 %	4,77 %
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	6,56 %	6,81 %	6,87 %
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	5,09 %	4,64 %	3,53 %
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,98 %	1,54 %	0,82 %
3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	N/A	9,10 %	2,94 %

Commentaires
Concernant les heures supplémentaires (TS), les engagements 2012-2013 sont presque atteints : à 95,7 % pour les infirmières et à 96,6 % pour l'ensemble du personnel du réseau. Concernant la main d'œuvre indépendante (MOI), les engagements 2012-2013 sont atteints pour les infirmières auxiliaires, pour les préposés aux bénéficiaires et pour les inhalothérapeutes. Quant aux infirmières l'engagement 2012-2013 est presque atteint (99,1 %). Dans le cadre de la stratégie visant la réduction de l'utilisation de la MOI et du TS, cinq projets de révision de l'organisation du travail sont en cours. Les suivis constants et rigoureux se poursuivent en 2013-2014.
Nom : Denis Chénier, directeur de la Gestion des ressources
Date : 31 mai 2013

* Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012

** Résultats P13 inscrits dans T-BIG pour l'année 2012-2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 %	100 %	66,67 %***
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	N/A	22 %	0 %***
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,48 %	5,64 %	6,94 %**
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	N/A	100 %	100 %****
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 %	100 %	66,67 %***

Commentaires

Agrément avec volet de mobilisation des ressources humaines

Pour les 9 établissements de la région, il est prévu que l'engagement pour l'indicateur 3.14 sera atteint en 2015 tel que convenu avec le MSSS. En effet, six des neuf établissements (66,67 %) ont obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines depuis le 1^{er} avril 2010. Il reste donc à recevoir trois rapports : deux établissements ayant eu leur visite en mars 2013 et un dernier établissement dont la visite aura lieu en 2013-2014.

Amélioration du climat de travail

L'engagement 2012-2013 de l'indicateur 3.13 n'est pas atteint. Par contre deux établissements ont amorcé une démarche d'obtention d'une accréditation par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail. Les travaux se poursuivent en 2013-2014.

Assurance salaire

L'engagement 2012-2013 de l'indicateur 3.01 n'est pas atteint. Depuis 2009-2010 on assiste à une progression globale du ratio en assurance salaire dans la région et au national. Afin de remédier à la situation dans l'Outaouais il est prévu de sensibiliser les médecins de la région (régionalement et localement); de créer un regroupement d'établissements pour faciliter l'accès à un médecin désigné généraliste et à médecin expert en santé mentale. De plus, le comité régional des responsables de la gestion de la présence au travail est maintenu.

Programme de soutien clinique - Volet préceptorat

L'objectif 2012-2013 de l'indicateur 3.10 est atteint.

Nom : Denis Chénier, directeur de la Gestion des ressources

Date : 31 mai 2013

*Résultats P13 inscrits aux fiches de reddition de comptes 2011-2012 ** Résultats P13 inscrits dans T-BIG pour l'année 2012-2013 *** Résultat P13 fournie par la Direction de la gestion intégrée de l'information, MSSS ****Résultats P13 compilés manuellement

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Pour la reddition de comptes « Mesures d'optimisation »

Axe d'intervention : Optimisation de l'utilisation des ressources

Sujet	Actions régionales	Réalisé	Non réalisé
6.2.1 L'approvisionnement en commun - Augmenter le volume des achats regroupés	Contribuer à la cible nationale d'achat en commun	X	
6.2.2 L'énergie – Améliorer la performance énergétique des installations du réseau et viser à réduire leur impact environnemental	Poursuivre ou mettre en place des projets d'économie d'énergie pour les établissements de la région	X	
6.2.3 Système de paie	Participer à la démarche ministérielle	X	
	Poursuivre les travaux en cours et partager les résultats	X	

Commentaires

Toutes les actions régionales 2012-2013 sont réalisées.

Nom : Denis Chénier, directeur de la Gestion des ressources

Date : 31 mai 2013

Résultat P13 en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Pour la reddition de comptes « L'accessibilité aux services »

Sujet	Actions régionales	Réalisé	Non réalisé
6.6.1 Accès aux services d'imagerie	Mettre en place les procédures pour avoir les requêtes en main		X
	Saisir les données dans un système informatique		X
	Mesurer l'attente et épurer les listes d'attente		X
6.6.3 Accès à la chirurgie	Révision des processus et implantation de zones franches	X	
	Mises en place de centrale de rendez-vous		X
6.6.4 Accès au continuum de services AVC	Participer à la désignation des centres tertiaires et à la mise en place des corridors de services		X
	Dresser l'inventaire de l'offre de services en AVC	X	
	Élaborer un plan d'action sur la prise en charge des AVC dans la région	X	
6.6.5 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		X
	Élaboration d'un plan d'action sur la désignation d'un centre régional en douleur chronique		X
6.6.6 Prise en charge infarctus myocarde avec élévation du Segment ST	Élaboration d'un plan régional et début de la mise en œuvre		X
6.6.9 Hiérarchisation des laboratoires	Début de la mise en œuvre du plan d'action incluant des mesures pour soutenir la révision de la pertinence des tests		X
6.6.10 Configuration des services médicaux – Sanction du plan 2011-2015	Collaboration et dépôt du PREM en spécialités 2012-2015	X	

Commentaires

Quatre des 13 actions régionales 2012-2013 sont réalisées. Voici les commentaires pour celles qui ne sont pas réalisées :

Accès à l'imagerie

Les trois actions régionales 2012-2013 ne sont pas réalisées. La phase d'identification de l'énoncé du besoin du Projet régional d'accessibilité aux services spécialisés est réalisée et inclut les services diagnostiques d'imagerie médicale (IM). Une démarche de conception du projet est en cours afin d'obtenir l'approbation du Comité directeur (DG et DSP des CSSS) pour la mise en place d'un centre régional de gestion des rendez-vous (RV). Il est prévu que le centre de RV régional recevra les requêtes d'IM pour la prise en charge de la clientèle. Le système d'information utilisé est à déterminer en collaboration avec le MSSS et l'Agence de Montréal.

Accès à la chirurgie

Une des deux actions régionales 2012-2013 n'est pas réalisée. Les zones franches sont en vigueur pour deux des cinq CSSS de la région. Les travaux se poursuivent pour la mise en place du centre de rendez-vous régional.

Accès au continuum de services AVC

Une des trois actions régionales 2012-2013 n'est pas réalisée. La région de l'Outaouais ne participe pas à la désignation des centres tertiaires puisqu'il n'y a pas de centres tertiaires dans la région. Le processus de désignation du centre secondaire se fera d'ici le 31 décembre 2014.

Accès au continuum de services pour la douleur chronique

Les deux actions régionales 2012-2013 ne sont pas réalisées. Concernant le soutien à l'organisation de services, l'Agence est actuellement à une étape préalable. En effet, elle a lancé un appel de projets en décembre 2012. Concernant le plan d'action sur la désignation d'un centre régional en douleur chronique, il est en révision en vue de nouvelles stratégies. L'Agence a fait le lien avec l'équipe du RUIS McGill pour soutien sur le plan des prochaines étapes.

Prise en charge infarctus myocarde avec élévation du Segment ST

L'action régionale 2012-2013 n'est pas réalisée. L'Agence est en attente des travaux sur la transmission de l'ECG par les ambulanciers à la salle d'urgence et de l'orientation ministérielle à cet effet avant d'élaborer un plan d'action.

Hiérarchisation des laboratoires

L'action régionale 2012-2013 n'est pas réalisée. Le portrait régional est finalisé et envoyé au MSSS avec le plan d'action révisé. Un exercice d'évaluation de la pertinence des tests en biochimie a été complété par les CSSS. L'Agence étudie la possibilité de procéder au même exercice pour les autres secteurs. Une visite ministérielle prévue en 2013-2014.

Nom : Régis Morin, directeur des Affaires médicales

Date : 31 mai 2013

Résultat P13 en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : Pour la reddition de comptes « L'accessibilité aux services »

Sujet	Actions régionales	Réalisé	Non réalisé
6.6.7 Les services Info-Santé 811 Révision de la Gouvernance	Diminuer du taux de roulement, des heures supplémentaires et de la main d'œuvre indépendante (MOI)	X	
	Pourvoir les postes vacants		X
	Atteindre un coût unitaire par appel de 22,00 \$		X

Commentaires
Main d'œuvre indépendante L'objectif 2012-2013 est atteint. Le taux de roulement et le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) ont diminué. Même si le nombre d'heures supplémentaires a augmenté, dans un contexte de pénurie de ressources et de diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante, il est fréquent d'observer une hausse des heures supplémentaires. Postes vacants et coût unitaire par appel Ces deux actions régionales 2012-2013 ne sont pas atteintes. Le CSSS concerné cherche à pourvoir ses postes vacants en diversifiant ses stratégies de recrutement. Le coût unitaire se situe actuellement à 22,40 \$ par appel ce qui est une nette amélioration comparativement à l'an passé. Des mesures de redressement administratif ont été appliquées afin d'améliorer la performance des effectifs.
Nom : Judith Daoust, directrice de l'Organisation des services Date : 31 mai 2013

Résultat P13 en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe : **Projet de loi 133**

Actions régionales	Engagements 2012-2013	Résultats 20 12-2013
Produire les plans triennaux des projets et des activités en ressources informationnelles (PTPARI), les programmations annuelles en ressources informationnelles (PARI), les bilans annuels des réalisations en ressources informationnelles (BARRI) ainsi que l'état de santé des projets (ESP)	100 % des établissements	100 % des établissements
Produire les analyses, avis et synthèses en marge des plans triennaux et annuels, des bilans ou des demandes d'approbation des projets des établissements	100 % des analyses, avis et synthèse requis	100 % des analyses, avis et synthèse requis

Commentaires
Les engagements 2012-2013 sont atteints sauf pour le <i>Bilan annuel des réalisations en ressources informationnelles</i> (BARRI). Concernant le BARRI, étant donné que c'est la première année du processus, il a été convenu avec la Direction générale des technologies de l'information au MSSS qu'il n'est pas requis pour l'année 2012-2013, et ce, pour toutes les régions.
Nom : André Charrette, directeur des Ressources informationnelles Date : 31 mai 2013

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 gouvernance 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 principes

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 grosseur, 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 honnêteté 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 partisanerie 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 électorale 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 électorale 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 remplir, 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.

Au cours de l'exercice 2012-2013, aucun manquement au code d'éthique de l'Agence n'a été constaté.

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

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

Québec 