

# RAPPORT ANNUEL

de gestion 2010-2011

Adopté à la séance ordinaire non publique du  
conseil d'administration du 28 septembre 2011

Édition produite par :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale  
Direction régionale de la gestion intégrée de l'information et Secrétariat général

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, à condition de mentionner la source.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, s'adresser à :

Centre de documentation  
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale  
2400, avenue D'Estimauville  
Québec (Québec) G1E 7G9  
Téléphone : 418 666-7000, poste 217 ou 521  
Courrier électronique : [cdocagence03@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cdocagence03@ssss.gouv.qc.ca)

Le présent document peut être consulté dans la section « Documentation » du site Internet de l'Agence, à l'adresse [www.rrsss03.gouv.qc.ca](http://www.rrsss03.gouv.qc.ca).

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011  
Bibliothèque et Archives Canada, 2011  
Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

ISBN : 978-2-89616-115-7 (version imprimée)  
978-2-89616-116-4 (version PDF sur Internet)

## *Message du président du conseil d'administration et du président-directeur général de l'Agence*

C'est avec grand plaisir et fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2010-2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Ce rapport témoigne des efforts constants déployés tout au long de la dernière année par l'ensemble des quelque 33 000 employés du réseau de notre région. Plusieurs grands dossiers auront marqué les douze derniers mois d'activité. Ce rapport annuel présente le bilan de ces grands dossiers ainsi que celui des activités usuelles.

### *En santé physique, mentale et publique*

L'Agence a maintenu au cours de la dernière année son rythme de développement des services médicaux de première ligne. Ainsi, en 2010-2011, un 28<sup>e</sup> groupe de médecine de famille (GMF) a ouvert ses portes sur le territoire de la Capitale-Nationale. Au total, près de 390 000 personnes sont inscrites dans une de ces cliniques alors que 414 médecins travaillent en étroite collaboration avec plus de 70 infirmières cliniciennes. Rappelons que la région de la Capitale-Nationale a pour objectif, à terme, d'avoir 30 GMF sur son territoire. Un 29<sup>e</sup> GMF sera d'ailleurs mis sur pied au cours de la prochaine année.

Sur le plan des cliniques-réseau (CRQ), la région de la Capitale-Nationale en compte maintenant huit. Bonne nouvelle : deux établissements ont déposé une lettre d'intention à l'Agence dans la dernière année dans le but d'implanter des nouvelles cliniques-réseau, ce qui permettrait d'atteindre l'objectif de départ, soit dix cliniques de ce type sur le territoire.

Par ailleurs, quatre guichets d'accès pour personnes vulnérables sans médecin de famille sont maintenant en activité dans la région. Près de 6 000 patients y sont inscrits, et la dernière année a permis la prise en charge de 3 400 d'entre eux. Dans un contexte de rareté de ressources en omnipratique, ce niveau de prise en charge est digne de mention.

Symbole emblématique du fonctionnement de notre réseau, les urgences de la région ont légèrement amélioré leur performance au cours de la dernière année. Ainsi, le séjour moyen sur civière, toutes catégories de clients confondues, a diminué, de même que le pourcentage des séjours de 48 heures et plus. Il importe de souligner que le séjour moyen sur civière des personnes souffrant de problèmes de santé mentale a diminué de plus de quatre heures au cours de la dernière année. C'est une performance notable qui témoigne des efforts investis pour cette clientèle. Dans la même veine, le pourcentage de séjours de 48 heures et plus à l'urgence, tant pour les personnes âgées que pour les patients souffrant de problèmes de santé mentale, a également diminué.

Malgré un achalandage constant, certaines urgences de la région dont les indicateurs se détérioraient

depuis quelques années ont amélioré leur performance. Il faut souligner, à ce titre, l'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise (CHUQ) et celle de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHA).

Au chapitre de l'accès à la chirurgie, le mécanisme mis en place depuis trois ans pour garantir aux patients un délai maximal pour subir une chirurgie, a donné des résultats fort satisfaisants. Ainsi, au cours de la dernière année, 98 % des patients devant subir une chirurgie d'un jour ou une chirurgie avec hospitalisation auront été opérés à l'intérieur du délai prescrit.

L'année dernière, le rapport annuel de l'Agence faisait état des répercussions qu'avaient engendrées les démissions de plusieurs psychiatres dans la région. Au cours des douze derniers mois, les travaux se sont poursuivis et la région de la Capitale-Nationale a réussi à mettre en place des mesures qui ont permis d'améliorer l'accès aux services de psychiatrie. L'attente hors délai pour les patients du module d'évaluation-liaison (MEL) a littéralement fondu. De plus, l'arrivée progressive de nouveaux psychiatres dans la région a été accueillie avec soulagement par les équipes en place. L'urgence psychiatrique de l'Hôpital du Saint-Sacrement (CHA) a repris ses activités au cours de l'année, donnant ainsi un peu de répit aux urgences psychiatriques du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUQ) et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHA). De plus en plus, les psychiatres sont regroupés autour du département régional. Puis, il existe une volonté ferme de mettre en place des mesures structurantes qui permettront, à moyen et long terme, de garantir un accès rapide aux patients dont l'état de santé nécessite une intervention.

Par ailleurs, plusieurs cibles fixées ont été atteintes et même dépassées dans plusieurs autres secteurs d'activité, dont la déficience physique, la déficience intellectuelle et en jeunesse.

Au chapitre de la santé publique, l'année 2010-2011 aura été le théâtre, dans les quatre centres de santé et de services sociaux de la région, de la mise à jour de leur plan local respectif de santé publique. La Direction régionale de santé publique (DRSP), en collaboration avec le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve et l'Université Laval, a aussi lancé en novembre dernier le site Web [www.lesdessousdujeu.com](http://www.lesdessousdujeu.com). Ce site, une première du genre au Québec, se veut un outil de prévention qui vise principalement les jeunes adeptes du jeu en ligne, un phénomène grandissant au Québec, et leurs proches. La fréquentation du site a dépassé les objectifs de départ. Mentionnons finalement que la DRSP a fait des efforts particuliers en matière de promotion du dépistage du cancer du sein et a pris



publiquement position dans l'épineux dossier de l'amiante chrysotile.

#### *Les immobilisations*

En 2010-2011, des sommes importantes ont été investies dans d'importants projets immobiliers sur le territoire de la Capitale-Nationale. Parmi les grands chantiers, notons, entre autres, les nouvelles étapes franchies dans le dossier de la rénovation et de l'agrandissement de L'Hôtel-Dieu de Québec (CHUQ), la poursuite des travaux de réaménagement du pavillon principal de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et la planification du réaménagement du bloc Nord du Centre hospitalier de l'Université Laval pour recevoir le Centre de procréation médicalement assistée.

#### *La planification stratégique*

Dans un autre ordre d'idées, l'Agence et l'ensemble des établissements de la région de la Capitale-Nationale ont adopté la planification stratégique régional 2010-2015 dont le thème est « Mission Capitale : l'accès aux services ». Le document final a été adopté par le Forum des directeurs généraux et entériné par les conseils d'administration des établissements du territoire au cours de l'automne dernier. En plus de la planification pour les cinq prochaines années, un plan d'action annuel a été déposé. Vous trouverez d'ailleurs dans le présent document la reddition de comptes relative au premier plan d'action découlant de ce plan stratégique régional.

#### *Les hôpitaux dans Charlevoix*

C'est sans contredit le dossier des hôpitaux dans Charlevoix qui a retenu l'attention, en plus de mobiliser une bonne partie des efforts de plusieurs acteurs du réseau au cours de l'année 2010-2011.

Le 4 septembre 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le docteur Yves Bolduc, annonçait à la population de Charlevoix que les deux hôpitaux de ce territoire présentaient d'importants problèmes qui, en cas de séisme majeur, pourraient entraîner leur effondrement. Sur la foi des recommandations de firmes d'experts, le ministre annonçait la démolition de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul en raison de l'incapacité de réhabiliter techniquement et économiquement l'édifice. Du même souffle, il demandait à l'Agence et à l'établissement, le Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix, de lui présenter un plan de relocalisation des clientèles de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul et ordonnait les travaux de consolidation parasismique pour l'Hôpital de La Malbaie. Quelques

semaines plus tard, le ministre demandait aussi à l'Agence et à l'établissement de lui soumettre un plan de redéploiement des services pour tout le territoire de Charlevoix.

L'Agence, de concert avec l'établissement, a mené tout au long de l'automne dernier des travaux sur deux volets : d'abord, des scénarios de relocalisation des activités de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul; puis, des travaux visant à définir le déploiement des services sur le territoire de Charlevoix. Tout au long de l'automne, de nombreux travaux mettant à contribution les médecins, le personnel et la communauté de Charlevoix ont été menés afin de présenter au ministre les scénarios conformes aux demandes. Le 21 décembre 2010, l'Agence et l'établissement déposaient conjointement un plan de redéploiement des services comportant quatre scénarios ainsi que les résultats des consultations sur ceux-ci.

Le 17 janvier 2011, le ministre annonçait sa décision : la région de Charlevoix serait dotée de deux hôpitaux avec chacun une urgence accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, un bloc opératoire et des lits d'hospitalisation. Il annonçait la reconstruction prioritaire de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul et la reconstruction éventuelle de l'Hôpital de La Malbaie.

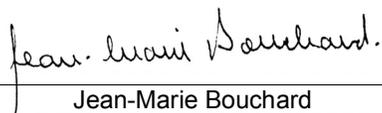
Finalement, à la fin de l'année 2010-2011, le CSSS de Charlevoix s'apprêtait à déposer son plan clinique, assise sur laquelle les prochaines étapes liées à la construction des deux nouveaux édifices s'appuieront.

#### *En conclusion*

Les résultats de la région de la Capitale-Nationale sont éloquentes à bien des égards. L'atteinte de ces résultats n'aurait pu être possible sans la contribution des employés du réseau de la santé et des services sociaux de notre région qui, quotidiennement, contribuent par des efforts soutenus à la qualité des services offerts. Au personnel de tous les établissements du réseau, nous désirons exprimer nos félicitations et nos remerciements. Ces mêmes mots s'adressent également au personnel de l'Agence.

Le défi de la prochaine année est important : la région désire conserver un bulletin positif, qui mise d'abord et avant tout sur une accessibilité élargie aux services pour la population. Pour conserver cette position enviable, nous devons composer avec une conjoncture exigeante à la fois sur le plan budgétaire et sur celui des ressources humaines.

*Bonne lecture!*



Jean-Marie Bouchard  
Président



Michel Fontaine  
Président-directeur général



## ***Déclaration du président-directeur général sur la fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion de l'Agence et des contrôles afférents***

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 soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été faits afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécialement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le rapport annuel de gestion 2010-2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.



---

Michel Fontaine  
Président-directeur général





# *Table des matières*

	<b>Page</b>
Liste des acronymes et des sigles.....	9
<b>1</b> Présentation de l'Agence.....	<b>13</b>
1.1 Mission.....	15
1.2 Plan d'organisation .....	16
1.3 Membres du conseil d'administration .....	17
1.4 Établissements publics et privés conventionnés .....	18
1.5 Établissements offrant des services suprarégionaux .....	18
1.6 Établissements ayant une mission régionale.....	18
1.7 Centres hospitaliers universitaires et instituts.....	19
1.8 Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale.....	19
1.9 Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale .....	20
1.10 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale.....	20
1.11 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale.....	22
1.12 Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale.....	22
1.13 Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale .....	23
1.14 Effectifs .....	23
1.15 Politique relative au harcèlement psychologique au travail .....	24
1.16 Programme d'aide aux employés .....	24
1.17 Gestion des risques et de la qualité.....	24
<b>2</b> Entente de gestion et d'imputabilité.....	<b>25</b>
2.1 Entente de gestion et d'imputabilité.....	27
<b>3</b> Autres résultats d'importance .....	<b>81</b>
3.1 Plan stratégique régional 2010-2015.....	83
3.2 Plan d'action régional de santé publique 2009-2015.....	84
3.3 La prévention des problèmes liés au jeu : un site novateur maintenant en ligne .....	84
3.4 Promotion du dépistage du cancer du sein par des infirmières des GMF.....	85
3.5 Position de santé publique relativement à l'amiante.....	85
3.6 Épisode de chaleur extrême en juillet 2010.....	86
3.7 Processus de certification des résidences pour personnes âgées et des ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique .....	86
3.8 Bilan général du Programme d'évaluation et de coordination des admissions en soins de longue durée (PECA).....	87
3.9 Services préhospitaliers d'urgence (SPU).....	88
3.10 Sécurité civile sociosanitaire.....	90
3.11 Application de la procédure d'examen des plaintes et d'amélioration de la qualité des services.....	90
3.12 Réorganisation des laboratoires .....	91
3.13 Circuit du médicament.....	91
3.14 Complémentarité des services médicaux spécialisés .....	92
3.15 Programme de lutte contre le cancer .....	93
3.16 Services médicaux de première ligne.....	93
3.17 Dossier de santé du Québec (DSQ).....	94
3.18 Stratégie régionale de main-d'œuvre et planification de main-d'œuvre .....	94
3.19 Technocentre régional.....	95
3.20 Plan régional d'informatisation.....	96
3.21 Forum de la population .....	97



3.21	Charlevoix.....	97
4.	Données financières.....	99
4.1	Données financières relatives aux établissements de la région et aux organismes communautaires subventionnés par l'Agence.....	101
4.2	Rapport de la direction.....	114
4.3	Rapport de l'auditeur indépendant et états financiers résumés de l'Agence.....	115
4.4	Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2010.....	128
5.	Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés.....	135
5.1	Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés.....	137
ANNEXE 1	Liste des membres de la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale.....	147
ANNEXE 2	Liste des membres de la Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale.....	149
ANNEXE 3	Liste des membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale.....	151
ANNEXE 4	Liste des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale.....	152
ANNEXE 5	Liste des membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale.....	154
ANNEXE 6	Liste des membres du Comité de direction du Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale.....	156
ANNEXE 7	Liste des cliniques-réseau.....	157
ANNEXE 8	Liste des groupes de médecine de famille.....	157
ANNEXE 9	Plan régional des effectifs médicaux en spécialité.....	158
ANNEXE 10	Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique.....	160
ANNEXE 11	Liste des services de premiers répondants de la région de la Capitale-Nationale.....	162
ANNEXE 12	Transports ambulanciers effectués dans la région de la Capitale-Nationale.....	163
ANNEXE 13	Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux - Édition 2009-2010.....	164
ANNEXE 14	Programme de soutien aux organismes communautaires.....	165



## Liste des acronymes et des sigles

ABA :	Approche behaviorale appliquée	CME :	Centre mère-enfant
AERDPQ :	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec	CMD :	Catégorie majeure de diagnostic
AETMIS :	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé	CMS :	Centre médical spécialisé
AMP :	Activités médicales particulières	CMuR :	Commission multidisciplinaire régionale
ATI :	Approche territoriale intégrée	COMUR :	Comité des mesures d'urgence régional de Charlevoix
AVC :	Accident vasculaire cérébral	CPE :	Centre de la petite enfance
BAPE :	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement	CRDI :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
BCM :	Bilan comparatif des médicaments	CRDP :	Centre de réadaptation en déficience physique
BVLV :	Basse-ville–Limoilou–Vanier	CRLA :	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
CAM :	Comité analyse de milieu	CRQ :	Clinique-réseau Québec
CAPVISH :	Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap	CRSP :	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CAT :	Centre d'abandon du tabagisme	CRUV :	Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
CCSC :	Centre de communication santé des capitales	CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CCVT :	Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique	CTAQ :	Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec
CDD :	Centre de dépistage désigné	CUO :	Centre universitaire d'ophtalmologie
CDJ :	Chirurgie d'un jour	DEA :	Défibrillateur externe automatisé
CEPI :	Préceptorat et mentorat	DGA :	Directeur général adjoint
CH :	Centre hospitalier	DI :	Déficience intellectuelle
CHA :	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec	DMS :	Durée moyenne de séjour
CHRG :	Centre hospitalier Robert-Giffard	DNU :	Direction nationale des urgences
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	DP :	Déficience physique
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	DPAPA :	Direction des personnes âgées en perte d'autonomie
CHUL :	Centre hospitalier de l'Université Laval	DRMG :	Département régional de médecine générale
CHUQ :	Centre hospitalier universitaire de Québec	DRRC :	Dépôt régional de résultats cliniques
CIR :	Commission infirmière régionale	DRSP :	Direction régionale de santé publique
CIRRIS :	Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale	DSI :	Direction des soins infirmiers
CJQ :	Centre jeunesse de Québec	DSP :	Direction des services professionnels
CLSC :	Centre local de services communautaires	DSQ :	Dossier de santé du Québec
CMA :	Cliniques médicales associées	EEP :	Étude d'électrophysiologie
		EESSAD :	Entreprise d'économie sociale de soutien à domicile



E-SMAF : Logiciel du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

ETC : Équivalent temps complet

ETP : Équivalent temps partiel

FA : Fibrillation auriculaire

FMSQ : Fédération des médecins spécialistes du Québec

FPOP : Forum de la population

GESTRED : Système de suivi de gestion et de reddition de comptes

GFR : Gestion des fonds régionalisés

GMF : Groupe de médecine de famille

GPS : Système de géolocalisation

HD : Hors délai

HDQ : L'Hôtel-Dieu de Québec

HEJ : Hôpital de l'Enfant-Jésus

HPS : Heures de prestation de services

HSFA : Hôpital Saint-François d'Assise

HSS : Hôpital du Saint-Sacrement

HVDR : Haute-Ville–Des-Rivières

IAB : Initiative Amis des bébés

IAIC : Infrastructure d'accès à l'information clinique régionale

IAMEST: Infarctus aigu du myocarde avec une élévation du segment ST

ICCA : Institut canadien des comptables agréés

ICI : Intervention comportementale intensive

I-CLSC : Système Intégration CLSC

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IPM : Index patient maître

IPO : Infirmière pivot en oncologie

IPPAP : Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires

IPS : Infirmière praticienne spécialisée

IRDQP : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

IRIS-RUQ : Infrastructure de recherche intégrée en santé – Réseau universitaire de Québec

ISAR : Infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation

ISO-SMAF : Organisation internationale de normalisation – Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

ITIL : Implantation d'un programme d'amélioration continue des services informatiques

ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang

IUCPQ : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MDSA : Moniteur défibrillateur semi-automatique

MEL : Module d'évaluation-liaison

MGF : Manuel de gestion financière

MOI : Main-d'œuvre indépendante

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NEC : Note d'évolution clinique

NIU : Numéro d'identification unique

OASIS : Objets et agents pour systèmes d'information et simulation

OBNL : Organisme à but non lucratif

OEMC : Outil d'évaluation multiclientèle

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORIIQ : Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec

PACS : *Picture archiving and communication systems* / Imagerie numérique

PACT : Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté

PAE : Programme d'aide aux employés

PAJT : Programme accès jeunesse en toxicomanie

PALV : Perte d'autonomie liée au vieillissement

PAMTA : Programme d'administration des médicaments par les techniciens ambulanciers

PCFI : Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières



PCGR :	Principes comptables généralement reconnus	SAD :	Soutien à domicile
PCP :	Pratiques cliniques préventives	SARDM :	Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments
PECA :	Programme d'évaluation et de coordination des admissions	SBF-R :	Système budgétaire financier régional
PEM :	Plan d'effectifs médicaux	SGAS :	Système d'information pour la gestion de l'accès aux services
PEMU :	Plan d'effectifs médicaux universitaires	SIDEP :	Service intégré de dépistage et de prévention
PFT :	Programme fonctionnel et technique	SIDIIEF :	Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone
PIQ :	Protocole d'immunisation du Québec	SIM :	Suivi intensif dans le milieu
PMO :	Planification de main-d'œuvre	SIMASS :	Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés
PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein	SIPPE :	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
PRASAT :	Progiciel d'assurance-salaire et d'accident du travail	SIR :	Système d'information radiologique
PREM :	Plan régional d'effectifs médicaux	SIV :	Soutien d'intensité variable
PSI :	Plan de services individualisé	SISPUQ :	Système d'information sur les services préhospitaliers d'urgence du Québec
PSOC :	Programme de soutien aux organismes communautaires	SIU :	Système d'information sur l'usager
PTE :	Plan triennal des équipements	SPGGR :	Saines pratiques de gestion généralement reconnues
PTG :	Prothèse totale du genou	SPU :	Services préhospitaliers d'urgence
PTH :	Prothèse totale de la hanche	SRVD :	Spécialité en réadaptation en déficience visuelle
PTI :	Plan thérapeutique infirmier	TAP :	Technicien ambulancier/Paramédic
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec	TBIG :	Tableau de bord d'information de gestion
RFI :	Réadaptation fonctionnelle intensive	TCC :	Traumatisme craniocérébral
RI :	Ressource intermédiaire	TCE :	Trichloroéthylène
RID :	Répertoire d'imagerie diagnostique	TCR :	Technocentre régional
RMD :	Révision de la médication à domicile	TDM :	Tomodensitométrie
RNI :	Ressource non institutionnelle	TED :	Trouble envahissant du développement
RQCT :	Réseau québécois de cardiologie tertiaire	TIBD :	Traitement intensif bref à domicile
RREGOP :	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics	TRCDMS :	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
RRF :	Régime de retraite des fonctionnaires	UCDG :	Unité de courte durée gériatrique
RRPE :	Régime de retraite du personnel d'encadrement	UMF :	Unité de médecine familiale
RSIPA :	Réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
RTF :	Ressource de type familial	UTRF :	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
RTSS :	Réseau de télécommunication sociosanitaire	VHC :	Virus de l'hépatite C
RUIS :	Réseau universitaire intégré de santé	VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine
		VPH :	Virus du papillome humain





# *1 Présentation de l'Agence*



## 1.1 *Mission*

Essentiellement responsable de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Capitale-Nationale, l'Agence a été instituée afin d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région et d'allouer les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires. Elle doit s'assurer que les usagers reçoivent une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi.

L'Agence doit aussi mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des personnes, des familles et des groupes; évaluer l'état de santé et de bien-être de la population; déceler les besoins et définir l'offre de service sur le territoire; s'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau; voir au respect des droits des usagers; évaluer la performance du réseau de la Capitale-Nationale; rendre compte de l'incidence des interventions sur la santé et le bien-être de la population.

De plus, elle doit soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès d'eux pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population, concevoir des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapter à leurs particularités, prévoir des moyens d'informer la population sur les services régionaux et connaître la satisfaction des usagers concernant ces services.

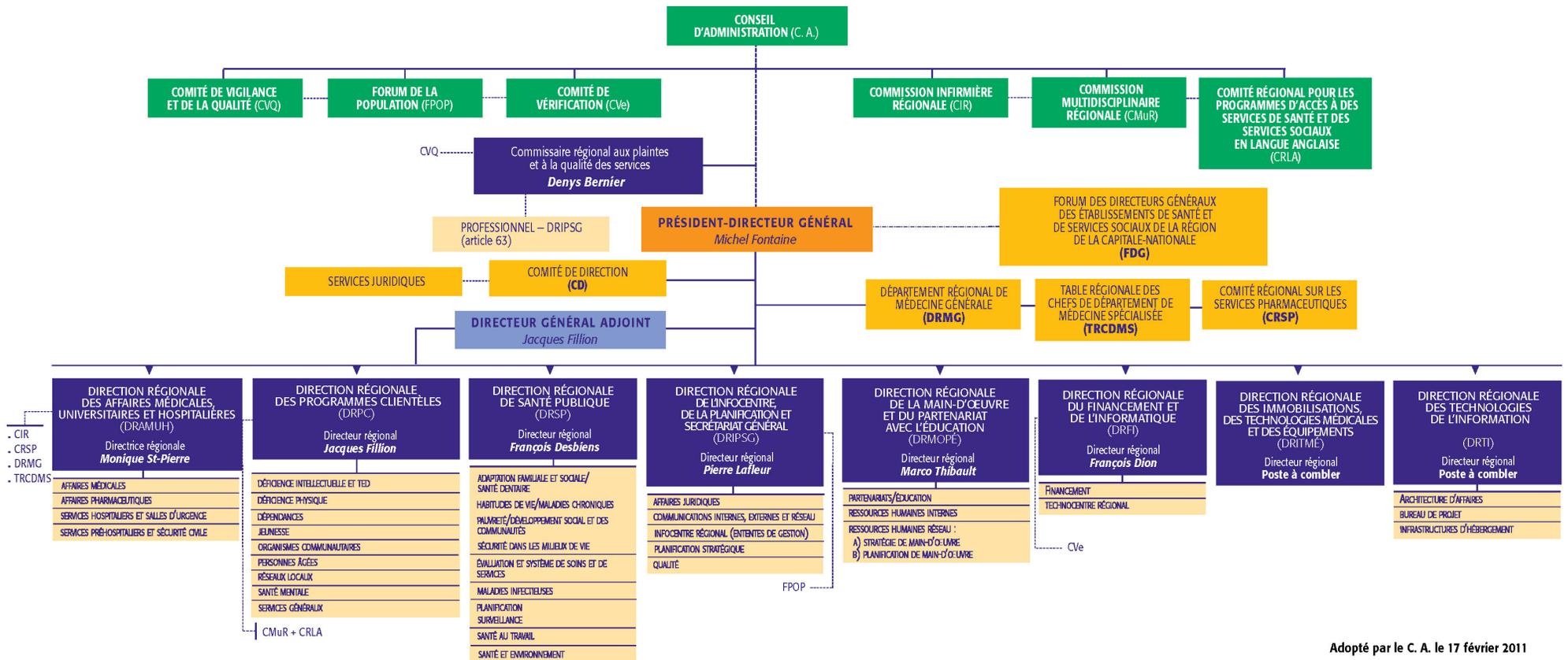
L'Agence couvre un territoire d'une superficie de 18 639 kilomètres carrés, soit la grande région de la Capitale-Nationale incluant les territoires de Charlevoix et de Portneuf, qui comprend 69 municipalités et 669 316 personnes. L'Agence couvre également tout l'est de la province pour les soins et les services hospitaliers surspécialisés, ce qui a pour effet de porter son bassin de clientèle à 900 000 personnes. Elle doit donc coordonner les services de sa région avec ceux offerts dans les régions de l'Est.



## 1.2 Plan d'organisation

# Le plan d'organisation

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE



Adopté par le C. A. le 17 février 2011

Agence de la santé  
et des services  
sociaux de la Capitale-  
Nationale  
**Québec**



### 1.3 Membres du conseil d'administration

Benoît, Diane	Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale (CIR) Québec (Québec)
Bergevin, Ginette (vice-présidente)	Milieu communautaire Québec (Québec) Perte de qualité, démission le 1 <sup>er</sup> octobre 2010 – Poste vacant
Blouin, Yves	Membre coopté – Secteur public de l'enseignement Québec (Québec)
Bouchard, Jean-Marie (président)	Compétence en gestion Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Desrosiers, Guy	Organismes socioéconomiques Québec (Québec)
Dion, Rolland	Organismes socioéconomiques Saint-Raymond (Portneuf)
Fontaine, Michel (secrétaire)	Président-directeur général de l'Agence Québec (Québec)
Harvey, Diane	Compétence en gestion – CSSS ou CHSLD Baie-Saint-Paul (Charlevoix)
Houde, Andrée	Comité des usagers des établissements Québec (Québec)
Marcoux, Sylvie	Université Laval Québec (Québec)
Michaud, Réal	Membre coopté – Compétence en gestion Québec (Québec)
Morin, Sylvie	Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale (CMuR) Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Parent, Jean-François	Secteur public de l'enseignement Québec (Québec)
Pfisterer, Jean-Pierre	Membre coopté Québec (Québec)
Piedboeuf, Bruno	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale (TRCDMS) Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Robitaille, Michel	Département régional de médecine générale (DRMG) Québec (Québec)
Savard, Sylvie	Milieu syndical Saint-Nicolas (Chaudière-Appalaches)



## 1.4 Établissements publics et privés conventionnés

Mission	Nombre	Total
Établissements publics		13
■ Centres de santé et de services sociaux	4	
■ Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour jeunes et mères en difficulté d'adaptation	1	
■ Centres de réadaptation	3	
■ Centre d'hébergement et de soins de longue durée	1	
■ Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	3	
■ Centre hospitalier de soins psychiatriques	1	
Établissements privés conventionnés		9
Établissement privé conventionné spécifique		1
Établissements privés non conventionnés		5

## 1.5 Établissements offrant des services suprarégionaux

- Centre hospitalier universitaire de Québec;
- Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec;
- CSSS de la Vieille-Capitale – Centre antipoison du Québec;
- Institut universitaire en santé mentale de Québec;
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec;
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (institut social dans le secteur de l'intégration des personnes handicapées).

## 1.6 Établissements ayant une mission régionale

- Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve;
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec;
- Centre jeunesse de Québec (institut social dans le secteur des jeunes ayant des problèmes de comportement);
- Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's (établissement ayant une désignation pour la population de langue anglaise).



## 1.7 Centres hospitaliers universitaires et instituts

- Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec : Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital du Saint-Sacrement;
- Centre hospitalier universitaire de Québec : Centre hospitalier de l'Université Laval, Hôpital Saint-François d'Assise et L'Hôtel-Dieu de Québec;
- Centre jeunesse de Québec;
- CSSS de la Vieille-Capitale;
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec;
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec;
- Institut universitaire en santé mentale de Québec.

## 1.8 Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale<sup>1</sup>

La Commission infirmière régionale (CIR) a tenu six rencontres ordinaires au cours de l'année 2010-2011. Voici les principaux sujets qui ont été discutés au cours de ces rencontres :

- Enjeux de la Table régionale des directeurs des soins infirmiers de la Capitale-Nationale;
- Valorisation de la pratique infirmière en santé mentale;
- Plan stratégique régional 2010-2015;
- Introduction des infirmières auxiliaires au bloc opératoire;
- Colloque des CII-CIR 2010;
- Rapport annuel du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF);
- Bilan et gouvernance du programme de lutte contre le cancer;
- Bilan comparatif des médicaments (BCM);
- Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier;
- Plans d'action des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers (CECII) des établissements de la région de la Capitale-Nationale;
- Congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ);
- Mémoire de l'OIIQ sur les soins palliatifs;
- Programme Alliance;
- Plan de déploiement des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL);
- Dossier des cliniques-réseau Québec (CRQ).

---

1. La liste des membres de la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 1.



## ***1.9 Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale<sup>2</sup>***

Au cours de l'année 2010-2011, la Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) de la Capitale-Nationale a tenu une rencontre de consultation portant sur la planification stratégique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale 2010-2015. Les mandats des membres de la CMuR étant échus, les travaux visant sa reconstitution sont entrepris depuis mars 2011.

## ***1.10 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale<sup>3</sup>***

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale (TRCDMS) a tenu cinq séances ordinaires et a convoqué deux réunions extraordinaires concernant le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en spécialités et les travaux ministériels en cours. L'assemblée générale annuelle s'est tenue le 13 avril 2010.

La médecine spécialisée foisonne de dossiers passionnants et de défis d'organisation. Cette année, la Table s'est particulièrement attardée à certains d'entre eux, dont :

- Les travaux nécessaires à la planification quinquennale du PREM 2011-2015, sans contredit le dossier qui a le plus occupé la TRCDMS au cours de la dernière année;
- La démarche régionale de réorganisation des services en orthopédie adulte et pédiatrique dans la région;
- La démarche de réorganisation des services en otorhinolaryngologie, qui a été discutée à plusieurs reprises;
- La démarche de réorganisation des services en plastie, qui a nécessité des suivis réguliers. D'ailleurs, la TRCDMS a émis un avis relatif à la pertinence d'un plan d'effectifs médicaux (PEM) regroupé en plastie le 21 octobre 2010;
- La prise en charge des plaies complexes, présentation de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) le 8 juin 2010;
- La démarche de planification stratégique 2010-2015 de l'Agence, pour laquelle la TRCDMS a été consultée et mise à contribution;
- La situation de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec en rapport avec la démarche du rapport Paquet;

---

2. La liste des membres de la Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 2.

3. La liste des membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 3.



- La présentation de la réorganisation régionale des services en gynécologie;
- Les difficultés en hématopathologie dans la région;
- Le dossier de la troisième salle « temporaire » en électrophysiologie cardiaque à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), l'état des listes d'attente notamment en ce qui concerne les procédures pour ablations simples et complexes et le projet de plan fonctionnel et technique de l'IUCPQ;
- La formulation de recommandations concernant la mise en place d'un PREM en ophtalmologie pédiatrique;
- La formulation de recommandations concernant une modification du PREM en pédiatrie;
- La rédaction d'un avis sur la transformation d'un poste en allergie et immunologie clinique en dermatologie à la demande du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA);
- Le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21;
- Le projet de démonstration des services de coloscopie et du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal;
- La présentation de l'organisation régionale des services d'endocrinologie;
- La présentation de l'organisation des services en psychiatrie;
- Le laboratoire d'imagerie médicale, nouvelle clause à l'entente dans le but de soutenir les départements d'imagerie médicale en graphie, lorsque requis;
- La démarche d'avis de reconnaissance des besoins d'un robot chirurgical en urologie à L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ;
- Le dépôt du premier rapport annuel du Comité régional de traumatologie de la Capitale-Nationale;
- La présentation de l'état d'avancement du Centre d'expertise en douleur chronique du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval;
- La procréation médicalement assistée;
- La situation de la génétique médicale au CHUQ;
- Le dépôt du plan d'action régional en lutte contre le cancer;
- Le projet immobilier de L'Hôtel-Dieu de Québec;
- Le dossier de la dictée numérique en radiologie diagnostique;
- Le dossier de l'anesthésiologie au CHUQ en rapport avec la neuvième salle d'opération.

Par ailleurs, la Table a eu la chance d'accueillir le D<sup>r</sup> Rénaud Bergeron, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, en février 2011.

La TRCDMS a tenu son assemblée générale annuelle le 13 avril 2010. À cette occasion, ses membres ont eu le plaisir de recevoir le D<sup>r</sup> Michel A. Bureau, directeur général de la santé physique et de la médecine universitaire, et M. Daniel Poirier, directeur de la main-d'œuvre médicale, du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le principal sujet abordé a été la démarche ministérielle d'élaboration du PREM quinquennal 2011-2015.

Pour soutenir les actions de la TRCDMS et informer ses membres, tous les chefs de département de la région, pour une troisième année consécutive, ont reçu la publication *La Table des chefs*. Ce numéro fait état de l'assemblée générale annuelle, du rapport du président de la Table, le D<sup>r</sup> Jacques Villeneuve, et des activités accomplies par le comité directeur, et indique les coordonnées où joindre les responsables pour suivi et/ou interrogation.



## ***1.11 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale<sup>4</sup>***

L'Agence, en étroite collaboration avec le Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, a procédé à la révision de son programme d'accès, et ce, en conformité avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ce travail a permis de revoir la situation actuelle dans la région à l'endroit de la population d'expression anglaise et d'apporter les bonifications nécessaires afin de mieux répondre à ses besoins en matière d'accessibilité, de continuité, de complémentarité et de qualité dans les services donnés. C'est ainsi que le Comité régional a adopté le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région de la Capitale-Nationale 2011-2014.

## ***1.12 Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale<sup>5</sup>***

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) de la Capitale-Nationale a été institué en 2006-2007. Ce comité réunit des pharmaciens du milieu communautaire (secteur privé) et des établissements de santé (secteur public).

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

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

Les grands principes soutenant l'élaboration des critères en vue d'établir les priorités retenues par le Comité dès le début de son mandat sont :

- Les collaborations interdisciplinaires;
- Les collaborations entre les secteurs privé et public;
- La continuité des soins et des services;
- La main-d'œuvre et l'utilisation optimale des compétences.

---

4. La liste des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 4.

5. La liste des membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 5.



Au cours de l'année 2010-2011, le CRSP a tenu quatre réunions ordinaires et une assemblée générale annuelle. Des élections ont été tenues à l'automne 2010 afin de pourvoir les quatre postes devenus vacants.

### 1.13 Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale<sup>6</sup>

En 2010-2011, les membres du Département régional de médecine générale se sont réunis à dix reprises pour prendre position, assurer la poursuite des travaux en cours et formuler des recommandations au président-directeur général de l'Agence dans plusieurs dossiers, dont les plus importants sont la gestion des plans régionaux d'effectifs médicaux et des activités médicales particulières, l'analyse de la situation des effectifs médicaux ainsi que la consolidation des services médicaux de première ligne.

### 1.14 Effectifs

	Exercice en cours	Exercice antérieur
Note 1 :		
Effectifs de l'Agence :		
<b>Les cadres</b> (en date du 31 mars) :		
Temps complet	28	26
(excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
Temps partiel	2	2
Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a)		
(excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
<b>Les employés permanents</b> (en date du 31 mars) :		
Temps complet	193	184
(excluant les personnes en sécurité d'emploi)		
Temps partiel	43	49
Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a)		
(excluant les personnes en sécurité d'emploi)		
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
<b>Les occasionnels</b> :		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	487 005	477 658
Équivalents temps complet (b)	266	261

6. La liste des membres du comité de direction du Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 6.



L'augmentation des équivalents temps complet est due à la dotation des postes au Technocentre. Au 31 mars 2010 (voir l'exercice précédent), ces postes étaient vacants.

### ***1.15 Politique relative au harcèlement psychologique au travail***

Aucune plainte pour harcèlement psychologique au travail n'a été déposée en 2010-2011. Cette politique est en vigueur depuis le 11 novembre 2004. Des modifications substantielles sont en cours.

### ***1.16 Programme d'aide aux employés***

Au cours de l'année 2010-2011, l'Agence a poursuivi son contrat avec l'entreprise Programme Horizon inc., consultants en programmes d'aide aux employés et aux organisations.

Vingt-neuf employés se sont prévalus du programme d'aide aux employés de l'Agence. Ce nombre représente un taux d'utilisation des services de 10,75 %, comparativement à 11,1 % en 2009-2010 (33 employés). La moyenne des consultations pour l'année 2010-2011 est de 2,8 par demande.

Tout comme en 2009-2010, les motifs des demandes se rapportent plutôt à des aspects de la vie personnelle qu'à des aspects liés au travail.

<b>Période</b>	<b>Aspects de la vie personnelle</b>	<b>Aspects liés au travail</b>
2008-2009	67 %	33 %
2009-2010	78 %	23 %
2010-2011	80 %	20 %

### ***1.17 Gestion des risques et de la qualité***

Au cours de la dernière année, le Comité régional sur la qualité (CRQ) a mis l'accent sur la définition de son mandat et l'élaboration d'un plan de travail annuel.

Plus spécialement, le CRQ se veut un lieu favorisant la mise en commun d'information et d'expériences, la coordination et la cohérence régionales des actions en matière de gestion des risques et de la qualité des soins et des services en rapport avec les orientations et les priorités nationales et régionales et l'échange sur les pratiques et les projets ayant généré de bons résultats.

À cet effet, le comité a abordé des thèmes tels que : les erreurs de médicaments, les chutes, l'échelle de gravité et les mesures de contrôle.



## ***2 Entente de gestion et d'imputabilité***



## 2.1 Entente de gestion et d'imputabilité

L'obligation faite aux agences et aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de conclure une entente de gestion est inscrite dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux<sup>7</sup>. L'entente de gestion permet, à la fois, d'apprécier l'évolution globale de la production de services du réseau et de donner une direction d'ensemble à la mise en œuvre des grandes orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux.

En 2010-2011, la reddition de comptes des ententes de gestion du Ministère avec l'Agence et de l'Agence avec son réseau d'établissements porte sur deux catégories de résultats.

Un premier volet se rapporte aux indicateurs du plan stratégique ministériel 2005-2010 dont la cible n'a pas été atteinte à la fin de la période couverte et sur les indicateurs associés au nouveau plan ministériel 2010-2015. En plus de la couverture des clientèles, un grand nombre d'indicateurs portent sur l'accessibilité aux services, ce qui témoigne de l'importance accordée à cet aspect de la performance du système dans les orientations ministérielles. En effet, le plan stratégique ministériel 2010-2015 prévoit le renforcement de l'accès, de la qualité et de l'intégration des services de santé et des services sociaux.

À l'intérieur de ce volet, la reddition de comptes porte également sur un certain nombre d'attentes ministérielles supplémentaires, en marge du plan stratégique et incluses dans l'entente de gestion conclue par le Ministère et l'Agence.

Le second volet a trait à la Planification stratégique en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale 2010-2015. La planification régionale, fruit d'un consensus entre les instances du réseau, a été effectuée en 2010 grâce aux travaux d'un comité régional sur la planification stratégique et à des consultations auprès des différents partenaires. Le plan qui en a résulté, dont les sujets sont structurés différemment du plan ministériel, se décompose en quatre chantiers, cinq programmes-services, quatre programmes-soutien et autres secteurs. Les objectifs et actions d'un chantier visent l'intégration de la prévention, de l'organisation des services, de l'organisation du travail en réseau et de la planification de la main-d'œuvre. L'organisation en chantiers répond ainsi aux principes directeurs du plan régional. Pour leur part, les programmes-services formulent des objectifs d'organisation complémentaires pour différentes clientèles. La présente reddition de comptes porte sur l'atteinte des résultats attendus par le plan d'action 2010-2011 produit à partir du plan stratégique 2010-2015.

Ce second et dernier volet comprend également des résultats attendus spécialement de la santé publique (annexe santé publique), en rapport avec les domaines et activités retenus dans le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012.

Les résultats présentés ont été compilés par le Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED) du Ministère. Les données entre parenthèses présentent les corrections apportées par l'Agence et faisant suite à une compilation plus conforme aux réalités régionales. Par exemple, l'Agence peut tenir compte de l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's, à qui l'on a confié des activités dévolues aux CSSS pour la clientèle anglophone de la région et que la Régie de l'assurance maladie du Québec exclut de son traitement, utiliser des données plus récentes issues de la banque régionale I-CLSC, rectifier des erreurs ou compenser des absences de transmission de données dans GESTRED.

---

7. En résumé, la Loi prévoit que le ministre détermine les objectifs que l'Agence doit atteindre; il surveille et contrôle l'atteinte des objectifs; l'Agence s'engage à produire un rapport annuel de gestion sur l'atteinte des résultats; le président-directeur général de l'Agence veille à l'atteinte des objectifs annuels ainsi que le conseil d'administration de l'Agence, qui a un pouvoir de surveillance et de contrôle; les mêmes responsabilités et devoirs de l'Agence vis-à-vis des établissements et des établissements vis-à-vis de l'Agence s'appliquent; ces engagements et d'autres doivent être inscrits dans une entente de gestion.



## INDICATEURS ET ATTENTES MINISTÉRIELS

### Indicateurs ministériels 2010-2015

<i>Axe :</i>	<b><i>Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance</i></b>		
<b>OBJECTIF DE RÉSULTAT 2010-2015</b>	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire		
<b>INDICATEUR</b>	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
1.8.9 Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	6 196 (5 578)	6 620	6 318 (5 422)

#### *Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes*

La valeur inscrite entre parenthèses est celle calculée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale à partir de la banque de données régionale I-CSLC en date du 3 mai 2011. Cette donnée exclut les ETC professionnels répondants comptabilisés par le Ministère à partir du système Objets et agents pour systèmes d'information et simulation (OASIS). L'écart tient aussi à la prise en compte de l'établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec, l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's, que la Régie de l'assurance maladie exclut de son traitement. Pour l'exercice financier 2010-2011, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence.

#### *Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS*

Les services de santé mentale en première ligne regroupent les services d'évaluation, de traitement, de suivi ou d'orientation offerts par un professionnel d'un CSSS (mission CLSC) et sont généralement donnés dans l'établissement à des personnes souffrant de troubles mentaux.

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une non-atteinte de la cible. La performance régionale s'élève à 5 422 usagers servis. L'application d'une correction régionale relativement aux professionnels répondants a pour effet l'addition de 936 usagers au nombre observé en période 13, totalisant ainsi 6 358 usagers en 2010-2011. Il faudra à ce sujet vérifier la compréhension qu'ont les établissements de la fonction de professionnel répondant qui affecte le portrait actuel. Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, à l'exception du CSSS de Charlevoix.

Les CSSS de Portneuf et de la Vieille-Capitale signalent manquer d'effectifs pour atteindre leur cible. Pour le CSSS de Québec-Nord, les nombreuses absences du personnel et une diminution des recommandations significatives de l'équipe de santé mentale sur le territoire du CLSC de la Haute-Saint-Charles peuvent expliquer les difficultés à atteindre la cible. De plus, plusieurs services sont maintenant offerts en utilisant la formule de groupe (groupes psychoéducatifs sur les maladies bipolaires, déficit d'attention chez l'adulte, anxiété et dépression). Ces services ne sont pas comptabilisés dans l'indicateur.



Le CSSS de Québec-Nord a fait appel à du personnel supplémentaire afin de combler les absences qui n'ont pas été remplacées. La réorganisation du travail des intervenants des guichets d'accès au CSSS de la Vieille-Capitale a pu entraîner pour sa part une baisse virtuelle, dans la mesure où les services rendus n'ont pas été comptabilisés par les indicateurs. Cet aspect doit être vérifié afin de rendre compte le mieux possible du travail accompli. Par ailleurs, il s'agit d'un secteur où l'offre de service sera grandement modifiée dans les prochaines années. Cela devrait influencer la façon de comptabiliser les données.

Comme pour le suivi d'intensité variable, les établissements dénoncent la non-reconnaissance, dans l'univers des indicateurs, des formules et des pratiques novatrices mises en place, notamment pour ce qui est de l'intervention de groupe. Ils mentionnent également une ambiguïté dans la comptabilisation de certaines interventions faites au guichet d'accès (inscrites, dans certains cas, dans la demande de service plutôt que comme une intervention). Il est suggéré de tenir une rencontre régionale afin d'évaluer l'incidence des transformations de l'offre de service sur les indicateurs.

Par ailleurs, nous nous interrogeons sur le facteur de correction appliqué pour les professionnels répondants. La donnée très élevée fournie par le CSSS de Charlevoix et l'absence de données pour les autres CSSS nous font nous questionner sur le niveau de compréhension de ce qu'est le professionnel répondant et sur le réalisme du portrait actuel. Bien que la correction nous approche de la cible régionale, elle ne s'appliquerait qu'à un seul CSSS, soit le seul qui a atteint sa cible dans l'année. À première vue, nous pensons que la donnée de Charlevoix est surévaluée (tous les intervenants offriraient une demi-journée par semaine en soutien-conseil) et qu'une proportion des ETC des autres établissements pourraient être considérés. Si cette hypothèse se vérifie, les autres établissements s'approcheraient considérablement de leur cible respective.

<i>Axe :</i>	<i>Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance</i>		
<b>OBJECTIF DE RÉSULTAT 2010-2015</b>	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves		
<b>INDICATEURS</b>	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu :			
1.8.5 des services de soutien d'intensité variable (SIV)	607	825	642
1.8.6 un suivi intensif dans le milieu (SIM)	101 (120)	84	70 (85)

*Nombre de places en service de soutien d'intensité variable dans la communauté pour les adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services*

Les services de SIV dans la communauté, donnés par les CSSS, regroupent des activités d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale destinées aux personnes vivant des troubles mentaux graves. Les services sont généralement donnés dans le milieu de vie des personnes et selon une intensité pouvant varier d'une période à l'autre.

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une non-atteinte de la cible. La performance régionale est de 642 usagers (ou places) servis par période dans les CSSS, un nombre inférieur de 183 usagers par rapport à la cible au 31 mars 2011 (engagement 2010-2011 de 825 usagers). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible. Toutefois, si on ajoute les 396 places (usagers



par période) offertes par les organismes communautaires, la région de la Capitale-Nationale a joint 1 038 usagers par période, résultat qui dépasse la cible 2010-2011 qui incluait les organismes communautaires, soit 930.

Cette année, l'apport des organismes communautaires a été revu à la suite d'une clarification de la méthode de calcul des places. Outre les places offertes en vertu d'une entente de service avec les six organismes communautaires et pour lesquelles l'Agence reçoit une reddition de comptes, on a considéré les places offertes en vertu de leur financement à la mission de base. Ainsi, en vertu des ententes de service avec l'Agence, les organismes communautaires de la région ont offert 133 places de SIV, auxquelles s'ajoutent 263 places offertes dans le cadre de leur financement à la mission de base (pour un total de 396 places). Notons également que les cibles sont fixées en fonction des masses populationnelles et que cinq des six organismes communautaires offrant du SIV sont situés sur les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord.

Malgré la non-atteinte de la cible du côté des établissements, pour deux des quatre CSSS, l'écart par rapport à la cible était inférieur ou égal à deux places. Le CSSS de la Vieille-Capitale indique que la cible ne peut être atteinte en raison du niveau d'intensité requis par la clientèle relevant des services de l'IUSMQ, mais toujours servie en CSSS. La mise en place des équipes du Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT) de l'IUSMQ aura une influence intéressante sur leur performance. De plus, la révision des rôles des différents professionnels engagés dans l'offre de service de ce secteur pourra avoir une influence favorable.

Le CSSS de Portneuf mentionne que la diminution du nombre moyen de personnes ayant reçu des services en SIV s'explique par l'absence (maladie) du personnel. Le CSSS de Charlevoix a rehaussé pour sa part de six le nombre de clients SIV. Actuellement, l'offre de service répond à la demande, il n'y a personne en attente. Une révision régulière de la charge de cas des intervenants et de la saisie des données est effectuée. Le CSSS de Québec-Nord, quant à lui, sert 260 usagers non comptabilisés par l'indicateur, mais qui bénéficient de deux interventions et plus par mois dans les ressources non institutionnelles (RNI), ce qui porte à 494 le nombre de places de soutien d'intensité variable, pour une atteinte de la cible de 144 %. L'établissement a transféré à une même équipe tous les clients qui bénéficient d'un suivi clinique et qui habitent dans une ressource de type familial (RTF). À cet égard, sa vision est qu'en créant une équipe clinique Québec-Nord pour tous les usagers qui vivent dans une ressource non institutionnelle en santé mentale, la qualité et l'intensité du suivi sont rehaussées. La coutume est que les usagers en RTF soient servis par l'équipe de suivi d'intensité variable.

Plusieurs aspects du SIV devront être débattus à l'échelle régionale. D'une part, les activités cliniques en RNI (milieux de vie des résidents utilisant ces ressources) ne sont actuellement pas considérées dans l'offre de SIV des CLSC, même si certains réclament qu'elles le soient. Dans l'optique où les établissements doivent instaurer des formules et des modes de prestation des services innovants, il faudrait considérer certains services de groupe qui, bien qu'ils ne répondent pas aux critères de SIV, répondent néanmoins aux objectifs visés par le SIV. Pour les mêmes raisons, tout en privilégiant les services en communauté, il faudrait considérer certains services offerts en établissement dans la mesure où ils répondent à un besoin manifesté par la clientèle. Enfin, les services offerts à moindre intensité ne sont pas inclus dans le calcul actuel et sont considérés, par le fait même, comme une absence complète de services. Il y aurait peut-être lieu de désigner de façon distincte ces deux types de données.

L'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's a aussi rencontré dans l'année six personnes anglophones pour des services de type SIV en santé mentale. Notons toutefois que ceux-ci ont été offerts en établissement. Il y aurait lieu de voir la prochaine année comment permettre une offre de service conforme à l'indicateur pour la clientèle anglophone.



Enfin, la mise en place d'une deuxième équipe PACT à l'automne 2011 et l'augmentation du soutien aux établissements et aux organismes communautaires en SIV devraient permettre de meilleurs résultats quant aux cibles à atteindre.

*Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour les adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services*

Les services de SIM se distinguent du soutien d'intensité variable par la présence d'une équipe de soins intégrés et en coordination continue, intervenant auprès de personnes pouvant présenter une condition instable et qui courent un risque très élevé d'hospitalisations répétées. Ces services sont offerts par le Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT) de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ).

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale est de 85 usagers servis en moyenne par période, soit 1 usager de plus que la cible de 84 usagers au 31 mars 2011.

Bien que le CSSS de la Vieille-Capitale n'ait plus d'objectif pour ces services, le report à l'automne 2011 de la création de la deuxième équipe PACT a eu pour effet de maintenir une pression sur le niveau du SIM offert en CSSS (voir indicateur 1.8.5). Une deuxième équipe de suivi intensif a été mise en place par l'IUSMQ; elle diffère toutefois d'une équipe PACT et applique un modèle de traitement intensif bref à domicile allant jusqu'à six semaines. Cette équipe a vu en moyenne 14,23 personnes par période.

Les échanges avec les partenaires ainsi que les travaux du projet LEAN de l'IUSMQ ont permis d'établir que, pour résoudre l'engorgement des urgences, il faut fortement envisager de mettre en place une formule de soutien à court terme et intensif de la deuxième ligne à la première ligne pour les clientèles ne manifestant pas systématiquement le besoin d'un suivi intensif à long terme (une version élargie de l'équipe de traitement intensif bref à domicile, ou TIBD). Étant donné les besoins actuels, la deuxième équipe PACT répond aux demandes de suivi intensif décelées sur le terrain, ce qui peut remettre en question la norme ministérielle de 100 places/100 000 habitants.



<i>Axe :</i>	<i>Services sociaux et de réadaptation</i>		
<b>OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015</b>	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours</li> <li>■ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en centre de réadaptation</li> <li>■ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an</li> </ul>		
<b>INDICATEURS</b>	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.45 Pourcentage de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis			
1.45.4.1 Respect des délais d'accès en CSSS pour les demandes de tous niveaux de priorité et de tous âges en DP	Non disponible*	90	73,8 (74)
1.45.4.5 Respect des délais d'accès en CRDP pour les demandes de tous niveaux de priorité et de tous âges en DP	Non disponible*	90	80,9 (81)
1.45.5.1 Respect des délais d'accès en CSSS pour les demandes de tous niveaux de priorité et de tous âges en DI-TED	Non disponible*	90	36,4 (36)
1.45.5.5 Respect des délais d'accès en CRDI pour les demandes de tous niveaux de priorité et de tous âges en DI-TED	Non disponible*	90	69,8 (70)

\* Données non disponibles, l'indicateur ayant été reformulé pour 2010-2011.

*Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes*

La valeur inscrite entre parenthèses est celle calculée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale à partir de la banque de données régionale I-CSLC en date du 3 mai 2011. Les valeurs ont été arrondies.

Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience vise à assurer à ces personnes et à leur famille un accès aux services des centres de réadaptation et des CSSS dans des délais raisonnables. Ce plan s'appuie sur une démarche d'optimisation et d'harmonisation des processus et de gestion de l'accès aux services.

*Respect des délais d'accès en CSSS pour les demandes de tous niveaux de priorité et de tous âges en DP (1.45.4.1)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale est de 74 % des demandes de services traitées dans les délais définis comme standards par le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, soit 16 % de moins que la cible de 90 %. Aucun des établissements n'a atteint l'objectif. Il est à noter que les demandes de niveau de priorité urgente et élevée sont incluses dans ce résultat.



Deux établissements indiquent que les taux de respect des délais d'accès ne concordent pas avec la réalité sur le terrain et en attribuent la cause à des demandes non conformes, à une mauvaise codification du niveau de priorité à l'accueil-évaluation-orientation ainsi qu'à la codification subséquente découlant de la prise en charge des usagers. Dans les faits, ces établissements affirment que la prise en charge des usagers s'est nettement améliorée. Deux autres établissements invoquent le ralentissement de la performance des équipes à la suite de la mise en place d'une nouvelle organisation de services, le mouvement de main-d'œuvre et l'arrivée de jeunes intervenants en apprentissage.

Parmi les mesures envisagées, mentionnons un travail d'information, de formation et d'appropriation à faire à l'intérieur des établissements auprès des intervenants. En outre, des actions viseront le personnel qui fait la saisie dans le système d'information, notamment pour une meilleure application des critères de priorité et la poursuite des efforts visant l'atteinte réelle des cibles, particulièrement pour les demandes de priorité élevée. Notons également le renouvellement de l'encadrement clinico-administratif, la révision de l'intensité des services afin d'accroître l'accessibilité ainsi que la rédaction d'un cadre de référence balisant la fonction et les rôles des premiers évaluateurs.

#### *Respect des délais d'accès en CRDP pour les demandes de tous niveaux de priorité et de tous âges en DP (1.45.4.5)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale, qui est le fait d'un seul établissement, est de 81 % des demandes de services traitées dans les délais définis comme standards par le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, soit 9 % de moins que la cible de 90 %. Il est à noter que les demandes de niveaux de priorité urgente, élevée et modérée sont incluses dans ce résultat.

L'établissement est très près d'atteindre la cible visée de 90 %. Nous observons une augmentation constante des demandes pour la clientèle enfant qui s'explique par un meilleur dépistage et, selon l'établissement, une offre insuffisante des services de première ligne. Tous les partenaires cherchent à resserrer leurs critères d'admissibilité, ce qui est néfaste pour l'offre de service régionale.

L'établissement tente de s'adapter à la croissance des demandes, par la réorganisation du travail et par l'injection de budgets non récurrents. Malgré le fait qu'il n'y a pas de budget de développement, l'offre de service régionale 0-5 ans (DI-DP-TED-retard de développement) devrait être priorisée.

#### *Respect des délais d'accès en CSSS pour les demandes de tous niveaux de priorité et de tous âges en DI-TED (1.45.5.1)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de la cible. La performance régionale est de 36 % des demandes de services traitées dans les délais définis comme standards par le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. C'est 54 % de moins que la cible de 90 %. Aucun établissement n'a atteint son objectif. Il est à noter que les demandes de niveaux de priorité urgente et élevée sont incluses dans ce résultat.

Le faible taux de respect des délais d'accès en CSSS pour les clientèles DI-TED s'explique par plusieurs facteurs. Un premier est la non-validité de l'information inscrite par les intervenants dans le système d'information I-CLSC. Un établissement signale en effet que, malgré sa prise en charge de la situation, une intervenante indiquait « analyse » dans le système alors qu'elle aurait dû indiquer « assignation » pour que le client soit considéré comme étant pris en charge dans le délai. Le roulement de personnel et l'incompréhension de la signification des termes ont un effet sur la validité du résultat final. De plus, comme cette clientèle requiert une plus grande stabilité du personnel qui la suit, la mise en place de l'offre de service nécessite souvent un peu plus de temps. Certaines spécialités telles que l'ergothérapie et l'orthophonie sont considérées comme en pénurie. Les discussions avec l'ensemble des gestionnaires d'accès permettent de croire que les délais réels de prise en charge des usagers sont beaucoup plus courts que ce qui est traduit par les indicateurs. Certains établissements n'ont aucune liste d'attente pour certains niveaux de priorité, alors que le résultat présente un non-respect du délai d'accès.



Parmi les mesures ciblées par les établissements, il faut mentionner l'information et la formation des intervenants sur la saisie des données dans I-CLSC, la révision du processus de gestion de la liste d'attente ainsi que l'organisation du travail des équipes DI-DP-TED.

*Respect des délais d'accès en CRDI pour les demandes de tous niveaux de priorité et de tous âges en DI-TED (1.45.5.5)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale est de 70 % des demandes de services traitées dans les délais définis comme standards par le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, soit 20 % de moins que la cible de 90 %. Il est à noter que les demandes de niveaux de priorité urgente, élevée et modérée sont incluses dans ce résultat.

Pour ce qui est du CSSS de Charlevoix, les résultats ne traduisent pas les efforts faits pour améliorer l'accès aux services de première et de deuxième ligne. Les gestionnaires d'accès ont grandement amélioré les mécanismes de collaboration entre les équipes, ce qui se traduit par une plus grande fluidité à l'intérieur des trajectoires de services. L'implantation de l'intervenant pivot réseau et la rédaction d'un cadre de référence sur les trajectoires de services ont contribué à cette amélioration. Pour ce qui est du CRDI de Québec, son résultat actuel comprend celui des années antérieures, ce qui nuit au portrait de la situation. Une analyse plus fine des résultats indique que la performance de cet établissement, pour toutes les demandes de priorité élevée en DI-TED reçues entre le 1<sup>er</sup> avril 2010 et le 31 mars 2011, a été de 88 % de demandes traitées dans les délais prescrits, ce qui est très près de la cible.

Les mesures suivantes seront prises pour améliorer l'accès : poursuite des travaux des gestionnaires d'accès visant l'arrimage des services de première et de deuxième ligne; exclusion des dossiers incomplets du calcul; envoi d'un avis aux intervenants lors de l'assignation de la date maximale pour offrir un premier service et pour inscrire une première heure de service (HPS); suivi continu et rigoureux de la liste d'attente.

<i>Axe :</i>	<i>Services sociaux et de réadaptation</i>		
<b>OBJECTIF DE RÉSULTAT 2010-2015</b>	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		
<b>INDICATEUR</b>	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
1.7.4 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	Nouveau	Nouveau	54

Cet indicateur vise à évaluer le taux de respect du délai d'accès à une évaluation spécialisée dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) selon les cibles déterminées. La littérature scientifique indique que l'établissement doit offrir des services rapidement, car le délai d'obtention d'un premier service est crucial pour que l'utilisateur poursuive sa démarche.

Depuis l'implantation du programme régional d'évaluation spécialisée et des équipes de liaison dans les urgences, le nombre de clients joints a augmenté de façon considérable. Le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV) a évalué près de 200 clients de plus durant l'année 2010-2011 comparativement à 2009-2010, cette dernière ayant elle aussi connu une augmentation fulgurante de près de 50 %. Cette augmentation demande d'ajuster constamment le nombre de ressources humaines attirées à cette tâche, et cela, sans financement supplémentaire.



Depuis l'année passée, le CRUV revoit la trajectoire de services. Les mesures et solutions en découlant n'ont pas toutes été mises en place, mais devraient l'être au cours de l'année 2011-2012.

<i>Axe :</i>	<i>Médecine et chirurgie</i>		
<b>OBJECTIF DE RÉSULTAT 2010-2015</b>	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois (hanche, genou et cataracte) et dans un délai de 12 mois (chirurgies d'un jour et autres chirurgies avec hospitalisation)		
<b>INDICATEURS</b>	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.9.20 Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais			
1.20.1 Arthroplastie totale de la hanche	79,93 (79)	90	81,0
1.20.2 Arthroplastie totale du genou	78,10 (78,4)	90	77,1
1.20.3 Chirurgie de la cataracte	95,61 (95,4)	90	94,4
1.20.4 Chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte)	Nouveau	90	98,5
1.20.5 Chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou)	Nouveau	90	98,3

*Arthroplastie totale de la hanche (1.20.1) et arthroplastie totale du genou (1.20.2)*

Pour ce qui est des arthroplasties de la hanche, au terme de la période 13, les résultats indiquent une non-atteinte de la cible. La performance régionale est de 81 % des chirurgies faites dans les délais prescrits, soit 9 % de moins que la cible au 31 mars 2011 de 90 %. Le CHA et le CHUQ n'atteignent pas leur cible.

Pour les arthroplasties du genou, les résultats indiquent aussi une non-atteinte de la cible. La performance régionale est de 77,1 % des chirurgies faites dans les délais prescrits, soit 12,9 % de moins que la cible au 31 mars 2011 de 90 %. Il s'agit d'une détérioration de 11,1 % par rapport à 2009-2010, où ce taux atteignait 78,2 % (non montré dans le tableau). Le CHA et le CHUQ n'atteignent pas leur cible.

Au CHA, les difficultés rencontrées sont liées à un changement dans le mode de prestation des services à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ), à la diminution temporaire des heures travaillées, à l'annulation d'une priorité urgente par jour en orthopédie, au manque d'infirmières au bloc opératoire, aux annulations de chirurgies par manque de lits à l'HEJ, au débordement de l'urgence et à la présence d'usagers en attente d'hébergement ou de réadaptation qui occupent des lits de courte durée (les lits de chirurgie servent à la médecine). Le problème de manque d'infirmières au bloc opératoire est résolu depuis le début du mois de mai 2011.

Au CHUQ, une amélioration du nombre d'interventions effectuées dans les délais a été observée, et ce, malgré les reports de chirurgies ainsi que les cas traités en urgence, notamment en orthopédie à l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA). Les résultats seraient meilleurs si l'accessibilité aux lits était améliorée. Une meilleure communication avec les secrétaires et les médecins quant aux non-disponibilités des patients favorise une meilleure gestion des demandes d'opération. Le nombre de chirurgies « urgentes », principalement à l'HSFA, a un effet significatif sur la prise en charge des cas urgents. La deuxième offre n'est plus possible au CHA jusqu'à l'automne 2011, autant pour les PTG que pour les PTH, ce qui risque



de nuire aux cas urgents hors délai. Le déploiement du plan chirurgical à l'HSFA, notamment en orthopédie, et la révision des suivis systématiques de clientèle pour les PTH, les PTG et les fractures de la hanche sont les principales mesures prises par les établissements pour corriger la situation.

Les listes d'attente sont suivies rigoureusement. Les orthopédistes sont bien au fait des délais dépassés, et des discussions régionales sont en cours en ce qui concerne l'orthopédie afin que le délai de prise en charge établi soit respecté.

#### *Chirurgie de la cataracte (1.20.3)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale est de 94,4 % des chirurgies faites dans les délais prescrits, soit 4,4 % de plus que la cible au 31 mars 2011 de 90 %. Tous les établissements atteignent leur cible.

#### *Chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte) (1.20.4)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale est de 98,5 % des chirurgies faites dans les délais prescrits, soit 9,8 % de plus que la cible au 31 mars 2011 de 90 %. Tous les établissements atteignent leur cible.

#### *Chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou) (1.20.5)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale est de 98,3 % des chirurgies faites dans les délais prescrits, soit 8,3 % de plus que la cible au 31 mars 2011 de 90 %. Tous les établissements atteignent leur cible.

<b>Axe :</b>	<b>Médecine et chirurgie</b>		
<b>OBJECTIF DE RÉSULTAT 2010-2015</b>	3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours		
<b>INDICATEUR</b>	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	98,4	90	97,2

#### *Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie (1.9.7)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale est de 97,2 % des patients traités dans les délais prescrits, soit 8,4 % de plus que la cible visée au 31 mars 2011. Un seul établissement contribue à ce résultat, soit le CHUQ.

Au cours de l'année, des diminutions périodiques du nombre de patients traités dans les délais ont été observées, principalement à cause d'un problème d'accès au bloc opératoire de L'HDQ pour la curiethérapie. Si le problème n'est pas résolu, le CHUQ risque grandement de ne pas atteindre les cibles ministérielles dans les mois à venir. Des corridors de services avec nos partenaires de Trois-Rivières et de Montréal ont été mis en place afin de satisfaire les besoins. Le programme fonctionnel et technique (PFT) du bloc de curiethérapie a été autorisé et des mesures compensatoires au bloc opératoire ont été octroyées en soutien à l'oncologie. L'équipe a aussi revu ses processus de gestion de l'accès pour l'ensemble des cas de curiethérapie afin de maintenir la qualité des services et en considérant les particularités du bloc opératoire.



En parallèle, les corridors de services mis en place avec les centres de Montréal et de Sherbrooke ont soutenu adéquatement l'accessibilité à la téléthérapie et à la radiochirurgie durant le changement d'un accélérateur. L'arrivée d'un anesthésiste à l'automne et l'ouverture d'une nouvelle salle d'opération aideront à régler une partie du problème.

<i>Axe :</i>	<i>Médecine et chirurgie</i>		
<b>OBJECTIF DE RÉSULTAT 2010-2015</b>	3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis		
<b>INDICATEURS</b>	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
Pourcentage des personnes traitées à l'intérieur des délais établis			
1.9.8 Hémodynamie			
▪ Catégorie A	79,9	87,5	78,5 (78,6)
▪ Catégorie B	75,9	92,5	53,7
1.9.9 Chirurgie cardiaque			
▪ Catégorie A	90,8 (90,7)	85	91,6 (91,4)
▪ Catégorie B	86,8 (86,0)	85	91,9 (92,2)
1.9.10 Électrophysiologie			
▪ Catégorie A	55,0	65	56,7
▪ Catégorie B	24,7	50	21,5

*Pourcentage de demandes de services traitées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie A*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une non-atteinte de la cible. La performance régionale est de 78,6 % des demandes traitées dans les délais prescrits, soit 8,9 % de moins que la cible au 31 mars 2011 et 6,4 % de moins que le point de départ. Il s'agit également d'une baisse de 1,3 % par rapport à 2009-2010, où ce taux atteignait 79,9 % (non montré dans le tableau). L'IUCPQ et le CHUQ présentent un écart défavorable par rapport à leur cible.

Par ailleurs, le nombre de demandes traitées a connu une augmentation significative de 357 (6 621 demandes en 2010-2011 comparativement à 6 264 en 2009-2010).

En ce qui concerne les demandes de catégorie A traitées à l'IUCPQ, la production a augmenté de 324 procédures cette année, soit 5 452 comparativement à 5 304 l'an dernier. Cependant, une diminution des interventions faites dans les délais est observée pour la seconde année consécutive, soit 75,1 % cette année contre 76,4 % en 2009-2010. Il est important de se rappeler que 89,7 % des procédures de catégorie A étaient effectuées dans les délais en 2008-2009.

Pour expliquer cette situation, l'IUCPQ invoque le fait que les civières réservées à l'hémodynamie sont régulièrement occupées par d'autres clientèles en provenance de l'urgence et ne pouvant être transférées en cardiologie, faute de lits disponibles. De plus, certaines procédures complexes effectuées en salle d'hémodynamie expliquent cet écart par rapport à la cible, soit l'installation de valves aortiques percutanées, la fermeture d'auricules gauches de même que les procédures effectuées sous anesthésie générale, pour ne citer que celles-là.



Du côté de L'HDQ, bien que la cible fixée n'ait pas été atteinte (100 %, non montré dans le tableau), il est à noter que 96,5 % des procédures de catégorie A ont été effectuées dans les délais. En 2010-2011, 1 059 procédures ont été faites à L'HDQ, soit une augmentation de 33 procédures (1 026 en 2009-2010). Le CHUQ note une augmentation du nombre d'usagers en attente et le transfert de clientèle du CHUL pour une coronarographie, puisque des coronarographies y étaient effectuées lorsque l'appareil était en fonction jusqu'en décembre 2009.

L'IUCPQ a intensifié les procédures en hémodynamie à l'été 2010 durant quelques fins de semaine, afin d'améliorer le pourcentage d'interventions dans les délais. De plus, l'établissement collabore aux travaux régionaux visant le désengorgement de l'urgence afin de diminuer l'occupation des civières d'hémodynamie par des clientèles hors secteur en provenance de l'urgence. Finalement, l'IUCPQ travaille activement sur des scénarios visant l'amélioration de la situation. Pour sa part, le CHUQ propose que sa cible soit ramenée à 95 %.

#### *Pourcentage de demandes de services traitées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie B*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une non-atteinte de la cible. La performance régionale est de 53,7 % des demandes traitées dans les délais prescrits, soit 38,8 % de moins que la cible au 31 mars 2011 et 26,3 % de moins que le point de départ. Il s'agit d'une détérioration de 22,3 % par rapport à 2009-2010, où ce taux atteignait 76 % (non montré dans le tableau). L'IUCPQ et le CHUQ présentent un écart défavorable par rapport à leur cible.

Concernant le nombre de demandes en hémodynamie de catégorie B traitées dans les délais à L'HDQ, on observe une variation à la baisse de 14 %, avec 80,7 %, comparativement à 98,3 % en 2009-2010. Pour ce qui est du nombre d'interventions faites, nous observons une diminution de 25 procédures en 2010-2011 (462 en 2010-2011, comparativement à 487 en 2009-2010). La hausse du nombre de demandes en hémodynamie de la catégorie A a assurément un effet direct sur le nombre de procédures de catégorie B, puisque ces dernières sont considérées comme moins urgentes.

À l'IUCPQ, nous observons une diminution significative cette année, avec 45,6 % des demandes traitées dans les délais (67,9 % dans les délais en 2009-2010). Cette diminution est considérable depuis les deux dernières années et l'explication est en partie liée à une augmentation du nombre de procédures de la catégorie A, puisque celles-ci doivent être priorisées par rapport à celles de la catégorie B. Par contre, il apparaît important de mentionner que l'IUCPQ a augmenté aussi le nombre de procédures de catégorie B en 2010-2011 pour un total de 1 529 procédures, soit 98 de plus qu'en 2009-2010 (1 431).

À l'IUCPQ, on réfléchit actuellement au système de priorité établi. Par exemple, quelle priorité doit être attribuée, d'une part, à un client en attente de transfert de priorité 4 et, d'autre part, à un client en attente au domicile de priorité 3.2? Les explications apportées eu égard à la situation de l'occupation des civières réservées à l'hémodynamie et celles concernant l'augmentation du nombre de procédures complexes en salle d'hémodynamie permettent de mieux comprendre les écarts par rapport à la cible. L'IUCPQ mise sur les mesures de désengorgement de l'urgence.

#### *Pourcentage de demandes de services traitées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque – Catégorie A*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale est de 91,4 % des demandes traitées dans les délais prescrits, soit 6,4 % de plus que la cible au 31 mars 2011. Un seul établissement contribue à ce résultat, soit l'IUCPQ.



*Pourcentage de demandes de services traitées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque – Catégorie B*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale est de 92,2 % des demandes traitées dans les délais prescrits, soit 7,2 % de plus que la cible au 31 mars 2011. Un seul établissement contribue à ce résultat, soit l'IUCPQ.

*Pourcentage de demandes de services traitées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie – Catégorie A*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une non-atteinte de la cible. La performance régionale est de 56,7 % des demandes traitées dans les délais prescrits, soit 8,3 % de moins que la cible visée au 31 mars 2011. Il s'agit toutefois d'une amélioration de 1,7 % par rapport à 2009-2010, où ce taux atteignait 55 % (non montré dans le tableau). Un seul établissement contribue à ce résultat, soit l'IUCPQ.

Pour ce qui est du nombre de demandes traitées en électrophysiologie de catégorie A en fin d'exercice, nous observons une augmentation de 33 procédures en 2010-2011 comparativement à 2009-2010.

La liste d'attente actuelle de l'IUCPQ est constituée à 83,6 % d'usagers en attente d'une ablation (le terme fait référence à la technique d'ablation par cathéter utilisée par les électrophysiologistes afin de traiter des troubles du rythme cardiaque). À titre informatif, à la période 13 (2010-2011), sur 502 clients en attente d'une procédure en électrophysiologie, 420 nécessitaient une ablation (305 demandes hors délai, soit 72,6 %). Aux fins de comparaison, on comptait, à la période 13 en 2009-2010, 490 clients sur la liste d'attente globale étude d'électrophysiologie (EEP), dont 381 nécessitaient une ablation (255 demandes d'ablation hors délai, 67 %).

Le principal facteur expliquant ce phénomène est l'augmentation de la proportion des demandes d'ablation complexe (fibrillation auriculaire, tachycardie auriculaire et tachycardie ventriculaire) par rapport aux ablations dites simples, qui requièrent beaucoup moins de temps en salle d'EEP. Cela implique une réduction du temps de salle disponible pour diminuer la liste d'attente. Ce constat est également applicable à l'ensemble des centres de cardiologie tertiaire qui pratiquent l'électrophysiologie.

L'établissement, en étroite collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, a procédé à l'ouverture d'une troisième salle « temporaire » d'électrophysiologie le 18 octobre 2010. L'aménagement de ce troisième plateau technique a été possible grâce à la transformation d'une ancienne salle de tomodensitométrie afin de l'adapter aux besoins en EEP. Cette adaptation a été faite en attendant l'autorisation ministérielle finale de procéder à un agrandissement de l'établissement visant la construction éventuelle d'une troisième salle stéréotaxique d'électrophysiologie cardiaque et le réaménagement de ce secteur d'activité de pointe. L'ouverture de ce plateau technique temporaire a été rendue possible grâce à un financement de 2,4 millions de dollars du ministère de la Santé et des Services sociaux en août 2010.

De façon plus précise, l'ouverture de la troisième salle temporaire d'EEP a permis l'exécution de 198 procédures supplémentaires au 31 mars 2011, correspondant à un temps d'utilisation de 5 mois et demi : 16 études électrophysiologiques, 94 procédures d'ablation, 48 implantations de défibrillateurs et 40 implantations de cardiostimulateurs. La production se trouvera également augmentée, puisque la période de familiarisation des équipes avec le nouveau plateau technique est maintenant terminée. Finalement, les efforts de l'IUCPQ ont permis de ramener à zéro la liste d'attente hors délai pour l'implantation d'un cardiostimulateur et d'un défibrillateur.

L'IUCPQ et l'Agence poursuivront, au cours de la prochaine année, les travaux visant d'une part le financement récurrent de la troisième salle temporaire d'EEP et, d'autre part, ceux nécessaires à l'avancement du plan fonctionnel et technique de la troisième salle d'électrophysiologie en collaboration avec le Ministère. L'IUCPQ poursuivra ses efforts pour réduire la liste d'attente actuelle en EEP et souhaite que la salle temporaire fonctionne éventuellement cinq jours par semaine.



*Pourcentage de demandes de services traitées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie – Catégorie B*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale est de 21,5 % des demandes traitées dans les délais prescrits, soit 28,5 % de moins que la cible au 31 mars 2011. En 2009-2010, ce taux atteignait 24,7 % (non montré dans le tableau). Un seul établissement contribue à ce résultat, soit l'IUCPQ.

Comme mentionné antérieurement, puisque les procédures de catégorie B sont moins urgentes, l'établissement doit prioriser la clientèle de la catégorie A en fonction des paramètres établis par la communauté médicale scientifique en cardiologie tertiaire. L'IUCPQ signale l'augmentation des reprises de procédures d'ablation complexe de même que l'augmentation des remplacements de boîtiers et de piles. Ces éléments permettent de mieux cerner les raisons de l'écart entre le résultat et la cible en 2010-2011. Finalement, l'IUCPQ mentionne que la classification des priorités en cardiologie tertiaire traitées en cours d'année a été modifiée. Puisque le rehaussement du logiciel du Système de gestion de l'accès aux services (SGAS) n'a pas été effectué, une portion des écarts notés est attribuable à cet élément.

L'IUCPQ poursuit ses efforts activement afin de diminuer la liste d'attente dans le secteur de l'électrophysiologie cardiaque.

<i>Axe :</i>	<i>Urgences</i>		
<b>OBJECTIF DE RÉSULTAT 2010-2015</b>	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière*		
<b>INDICATEURS</b>	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.9.1 Séjour moyen sur civière en heures	16,07 (16,06)	11	15,74 (15,73)
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus en heures	23,31 (23,30)	11	22,90 (22,91)
1.9.3 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	5,80 (5,80)	1,63	5,5 (5,48)
1.9.4 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	11,29 (11,28)	3,46	11,4 (11,36)
<b>INDICATEURS 2005-2010 DE SUIVI DES URGENCES CIBLES NON ATTEINTES</b>			
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale en heures	24,74 (24,72)	11	20,67 (20,66)
1.8.8 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	14,33 (14,32)	7,86	10,57 (10,56)

\* Plusieurs mesures du plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif.

*Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes*

Les valeurs inscrites entre parenthèses sont celles calculées par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale à partir du Registre des urgences en date du 19 mai 2011.



### *Séjour moyen sur civière (1.9.1)*

Au terme de la période 13, les résultats signalent une non-atteinte de la cible. La performance régionale montre un séjour moyen de 15,73 heures par usager, soit 4,73 heures au-dessus de la cible au 31 mars 2011 (11 heures). Il s'agit toutefois d'une amélioration de 2 % par rapport au résultat 2009-2010, où le séjour moyen atteignait 16,06 heures (non montré dans le tableau). L'ensemble des établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, à l'exception des urgences locales.

Parmi les principales difficultés rencontrées sur le plan régional, mentionnons la diminution de l'accessibilité à l'hospitalisation en raison de l'occupation de lits de courte durée par des patients en attente d'hébergement. La région a aussi fait face à une augmentation de la clientèle par rapport à l'an dernier (visites ambulatoires et sur civière, nombre d'arrivées en ambulance, personnes de 75 ans et plus). Il y a eu davantage de demandes d'admission, et nous avons observé des difficultés quant à l'offre de service et des délais pour la clientèle en santé mentale. Les délais observés dans le traitement sur civière tiennent également à la présence de clientèles présentant de multiples pathologies, sans médecin de famille, aux consultations multiples avant la décision médicale, et à l'allongement de la période d'observation par des médecins spécialistes. Enfin, une difficulté persiste quant à la prise en charge par le réseau lorsque le patient pourrait quitter l'urgence.

Pour l'IUCPQ, l'ouverture de plusieurs plateaux techniques a eu un effet sur la disponibilité des lits, dont ceux pouvant être utilisés pour l'urgence.

Une légère amélioration est notée par rapport à l'an dernier en ce qui concerne le séjour moyen sur civière. Différentes mesures ont été mises en place au cours de la dernière année et leur effet devrait se faire sentir beaucoup plus en 2011-2012. D'abord, nous avons obtenu l'entière collaboration des hôpitaux aux travaux régionaux en vue d'actualiser les mesures de désengorgement des urgences. L'une de celles-ci consistait à intégrer des travailleurs sociaux dans les urgences à haut débit pour rediriger rapidement la clientèle vers un lieu plus approprié, et éviter ainsi de placer sur civière des personnes âgées qui pourraient être prises en charge différemment. Toutefois, encore beaucoup de travail reste à faire quant aux délais de consultation et d'hospitalisation dans certains hôpitaux.

### *Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus (1.9.3)*

Au terme de la période 13, les résultats signalent une non-atteinte de la cible. La performance régionale montre un séjour moyen de 22,91 heures par usager âgé de 75 ans et plus, soit 11,91 heures au-dessus de la cible au 31 mars 2011 (11 heures). L'ensemble des établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible.

Les facteurs explicatifs sont ceux avancés pour l'indicateur 1.9.1. Plus précisément pour le séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus, les hôpitaux et les CSSS mettent en avant plusieurs mesures internes pour diminuer le recours à l'urgence de cette clientèle. L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier est en phase de déploiement et contribuera certainement à diminuer la durée moyenne de séjour (DMS) de cette clientèle. Des mesures de soutien des résidences privées ont également été mises en place afin que cette clientèle ne soit pas acheminée vers l'urgence sans que le CSSS qui doit effectuer l'évaluation de la situation soit d'abord avisé.

### *Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière (1.9.4)*

Au terme de la période 13, les résultats signalent une non-atteinte de la cible. La performance régionale montre un pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière de 5,48 %, soit 3,85 % au-dessus de la cible au 31 mars 2011 (1,63 %). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, à l'exception de l'IUCPQ.



Pour les facteurs explicatifs, il faut voir l'indicateur 1.9.1. En ce qui concerne le pourcentage de séjours de 48 heures et plus, beaucoup de travail reste à faire pour corriger la situation dans la prochaine année. Il faut concentrer nos efforts pour permettre l'accès aux lits d'hospitalisation dans un court délai, plus particulièrement pour la clientèle en santé mentale. Par ailleurs, certains médecins observent leurs patients plusieurs heures à l'urgence et les libèrent par la suite. Cela engendre une mauvaise performance de la DMS mais, dans plusieurs cas, cela évite une hospitalisation.

#### *Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus (1.9.4)*

Au terme de la période 13, les résultats signalent une non-atteinte de la cible. La performance régionale montre un pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus de 11,36 %, soit 7,9 % au-dessus de la cible au 31 mars 2011 (3,46 %). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, à l'exception de l'IUCPQ.

Les facteurs explicatifs sont ceux avancés plus haut (1.9.1) et les mesures mises en place pour corriger la situation sont les mêmes que celles utilisées pour diminuer le pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière. De plus, certains délais sont occasionnés par le temps qu'il faut prendre pour que les personnes âgées puissent retourner à domicile de manière sécuritaire ou bien déménager dans une ressource.

#### *Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale (1.8.7)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une non-atteinte de la cible. La performance régionale montre un séjour de 20,66 heures par cas, soit 9,66 heures de plus que la cible au 31 mars 2011 de 11 heures et 2,66 heures de plus que le point de départ établi à 18 heures. Trois établissements n'atteignent pas leur cible, soit le CHUQ, le CHA et les urgences locales.

D'une part, tant au CHA qu'au CHUQ, l'augmentation de la clientèle ayant des troubles mentaux et des troubles de comportement liés à une substance psychoactive (CMD 20) qui nécessitent d'attendre que les substances prises ne soient plus actives avant qu'on puisse évaluer leur état mental a une influence importante sur la durée moyenne de séjour. D'autre part, le CHA mentionne une augmentation de 7,5 % des visites (362 patients) à l'HEJ et, malgré la non-atteinte de la cible, une diminution du séjour moyen de 20,4 % par rapport à l'année précédente. Notons également la réduction des activités à l'HSS pendant les onze premières périodes de l'année et son incidence sur les autres urgences psychiatriques. Au CHUQ, mentionnons l'incidence de la clientèle vieillissante à l'HSFA (ressources résidentielles, problèmes physiques, démence ou confusion pour les clientèles de 75 ans et plus). Enfin, on signale des difficultés d'accès aux lits spécialisés et à l'hébergement.

Certaines mesures ont été prises pour accroître l'efficacité des urgences. Au CHA, on a mis en place une politique de gestion de l'achalandage des urgences et un projet pilote visant à objectiver le délai entre le départ d'un patient et son admission ainsi que le délai de transmission de l'information. À l'HEJ, une démarche LEAN a été accomplie pour la trajectoire de services en santé mentale. À l'HSS, la reprise des activités complètes, depuis la fin de janvier 2011, prévoit l'application d'un modèle novateur qui pourrait améliorer le délai à l'urgence. Au CHUQ, la présence d'une infirmière pour la clientèle ayant un problème toxicologique et les pourparlers avec l'IUSMQ concernant l'accessibilité aux lits de débordement sont autant de mesures susceptibles de bénéficier au fonctionnement des urgences.

Enfin, la mise en place d'un comité régional de coordination des lits et l'instauration de mesures en amont et en aval de l'hospitalisation sont visées et devraient favoriser une meilleure fluidité dans les urgences. Une attention pourrait aussi être apportée aux suites à donner à la démarche LEAN amorcée par l'IUSMQ et l'HSS, qui pourrait avoir une répercussion sur l'engorgement des urgences.



*Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale (1.8.8)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale montre un pourcentage de 48 heures et plus de 10,55 %, soit 2,69 % de plus que la cible au 31 mars 2011 établie à 7,86 %. Deux établissements, le CSSS de Charlevoix et l'IUCPQ, atteignent leur cible.

Les explications données pour l'indicateur 1.8.7 valent également pour les résultats obtenus relativement au pourcentage de séjours de 48 heures et plus à l'urgence.

<i>Axe :</i>	<i>Santé mentale</i>		
<b>OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015</b>	Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ aux services de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours</li> <li>■ aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours</li> </ul>		
<b>INDICATEUR 2005-2010</b>	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
1.8.10 Nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	712	122	502

En pédopsychiatrie, au CHUQ, la cible prévue de 82 usagers n'a pas été atteinte et la situation s'est détériorée comparativement à l'année précédente, passant de 257 usagers en attente depuis plus de 60 jours au 31 mars 2010 à 329 au 31 mars 2011. Au CSSS de Charlevoix, il n'y a pas de jeunes en attente depuis plus de 60 jours pour des services de deuxième ligne en santé mentale et ce résultat est conforme à l'objectif de 0.

En psychiatrie adulte, globalement, la région n'atteint pas son objectif de 40 personnes en attente depuis plus de 60 jours. Toutefois, la situation s'est améliorée par rapport à l'année dernière, avec 173 personnes en attente au 31 mars 2011 comparativement à 455 au 31 mars 2010. Au CHUQ, l'objectif fixé a été atteint (20) et le nombre d'utilisateurs en attente a considérablement baissé pour atteindre 14 au 31 mars 2011 comparativement à 147 au 31 mars 2010. Au CSSS de Charlevoix, il n'y a pas d'attente de plus de 60 jours pour des services en santé mentale. Pour sa part, l'IUSMQ n'a pas atteint son objectif de 20, mais a abaissé son nombre d'utilisateurs adultes en attente pour atteindre 159 au 31 mars 2011 comparativement à 308 au 31 mars 2010.

Dans le secteur de la pédopsychiatrie, d'une part, l'augmentation des cas non urgents (qui pourraient trouver réponse en première ligne avec un avis pharmaceutique et/ou un diagnostic d'un pédopsychiatre) continue d'avoir un effet important sur le délai d'attente. D'autre part, l'attente entraîne une détérioration de l'état des personnes et par ricochet, une augmentation des priorités 1 (nécessitant un suivi plus long et impliquant une disponibilité moindre pour les évaluations). De plus, le principal établissement signale l'absence de pédopsychiatres (des postes vacants qui ne peuvent être pourvus ainsi que des congés de maladie et sans solde), le fait que 30 % du temps des pédopsychiatres est consacré à des tâches administratives telles que l'enseignement et la supervision et l'augmentation de 50 % du nombre des usagers chez lesquels un TED est suspecté.



L'IUCPQ poursuit la réorganisation du travail ainsi que l'actualisation de l'entente de service assurant la présence des pédopsychiatres répondants (à finaliser sur une partie du territoire du CSSS de Québec-Nord). En effet, la présence du psychiatre répondant devrait, à moyen terme, permettre une diminution des demandes pouvant être traitées par des services hors de l'hospitalisation.

Dans le secteur de la psychiatrie adulte, l'IUSMQ indique que la réorganisation du module d'évaluation-liaison (MEL) explique en partie la non-atteinte de la cible, notamment à cause du décalage des échéanciers dû à la mise en place de mesures structurantes et d'un processus de concertation avec les partenaires. L'établissement compte sur l'élaboration d'un plan d'action avec un suivi régulier de la mise en place, des rencontres de consultation avec les partenaires tout au long de la réalisation et enfin, sur l'harmonisation régionale du MEL. Bien que la cible régionale ne soit pas encore atteinte, une importante diminution dans la deuxième partie de l'année, découlant notamment de la réorganisation du MEL régional, laisse entrevoir une forte possibilité d'atteindre les objectifs à l'automne 2011.

<i>Axe :</i>	<b>Disponibilité et utilisation de la main-d'œuvre réseau</b>		
<b>OBJECTIF DE RÉSULTAT 2010-2015</b>	5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité		
<b>INDICATEURS</b>	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
3.5 Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires			
3.5.1 Infirmières	Nouveau	4,72	4,77
3.5.2 RSSS (ensemble du personnel du réseau)	Nouveau	2,77	2,66

#### *Infirmières (3.5.1)*

Les résultats de la période 13 signalent une non-atteinte de la cible. L'écart entre le résultat de 4,77 % des heures travaillées au-delà des heures normales par les infirmières et la cible de 4,72 % est toutefois minime. Cinq établissements sur neuf atteignent leur cible (en période 12 cumulative).

Le choix de certains établissements de ne pas recourir à de la main-d'œuvre indépendante ainsi que l'augmentation des volumes d'activité contraignent à l'utilisation du temps supplémentaire. Pour certains établissements, le recrutement de la main-d'œuvre est plus difficile et il faut composer avec de nombreux congés de toutes sortes. De plus, dans certaines unités plus spécialisées, il est difficile d'obtenir une disponibilité suffisante des employés détenant une expertise particulière pour répondre aux besoins croissants de la clientèle. Ainsi, le recours au temps supplémentaire, à la réaffectation des travailleuses enceintes et à la main-d'œuvre indépendante (MOI) permet, dans certains établissements, d'assurer le maintien des services à la clientèle.

Les mesures suivantes ont été prises pour corriger la situation : un resserrement de la gestion des horaires et des congés (par exemple l'étalement des périodes de vacances), le déploiement d'équipes volantes, la réorganisation des soins et du travail et des exercices de stabilisation intensive des ressources.

#### *Ensemble du personnel du réseau (RSSS, 3.5.2)*

Les résultats de la période 13 signalent une atteinte de la cible. Le résultat régional de 2,66 % des heures travaillées au-delà des heures normales par l'ensemble du personnel du réseau est de 0,11 % inférieur à la cible de 2,77 %. Cinq établissements sur neuf atteignent leur cible (en période 12 cumulative).



Les facteurs explicatifs suivants ont été avancés :

- Des établissements ont recours aux heures supplémentaires pour ne pas voir de rupture de services;
- Pour certains corps d'emploi, comme les pharmaciens, technologues médicaux et infirmières, le recrutement est plus difficile;
- L'influence des infirmières (indicateur 3.5.1) sur cet indicateur est plus grande que celle des autres catégories d'emploi;
- Les nombreuses absences liées à la maternité (retraits et congés parentaux) et les absences partielles diminuent l'offre de disponibilité des employés;
- Certains postes demeurent vacants;
- Certaines pratiques médicales requièrent plus de personnel;
- Dans certains établissements, le choix de ne pas recourir à de la main-d'œuvre indépendante entraîne une plus grande utilisation du temps supplémentaire.

Plusieurs mesures sont mises en œuvre pour diminuer les heures supplémentaires :

- Rendre les établissements plus attractifs pour qu'ils se distinguent des autres secteurs de l'activité économique;
- Poursuivre les démarches de recrutement de façon intensive (présence dans les salons, jeunes promoteurs et campagne Sauve des vies);
- Analyser les heures en temps supplémentaire afin de déterminer les unités de soins ayant le taux le plus élevé d'heures supplémentaires et trouver les principales causes;
- Mettre en place des plans d'action visant à diminuer le recours aux heures supplémentaires et assurer le maintien et la continuité des services;
- Négocier localement avec les syndicats des mesures structurantes;
- Établir un plan d'action permettant une gestion rigoureuse des horaires et des congés;
- Assurer un suivi étroit du respect de l'étalement des vacances;
- Déployer des équipes volantes par programme et par unité;
- Convertir des heures de remplacement en postes permanents;
- Constituer une équipe de gestion chargée de l'optimisation de l'utilisation des ressources de remplacement.

<i>Axe :</i>	<b><i>Disponibilité et utilisation de la main-d'œuvre réseau</i></b>		
<b><i>OBJECTIF DE RÉSULTAT 2010-2015</i></b>	5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique		
<b><i>INDICATEURS</i></b>	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
3.6 Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (soins infirmiers, autres secteurs à préciser)			
3.6.1 Infirmières	Nouveau	1,29	1,10
3.6.2 Infirmières auxiliaires	Nouveau	2,07	2,90
3.6.3 Préposées aux bénéficiaires	Nouveau	2,33	2,33



### *Infirmières (3.6.1)*

Les résultats de la période 13 signalent une atteinte de la cible. En effet, 1,10 % des heures ont été travaillées par des infirmières au service des agences privées, soit 0,19 % de moins que la cible de 1,29 %. Seulement deux établissements sur neuf n'ont pas atteint leur cible (en période 12 cumulative).

Les établissements en difficulté et ceux qui, bien qu'atteignant leur cible, constatent une augmentation des heures travaillées par de la MOI, évoquent les éléments suivants :

- Les CHSLD seraient non attractifs par rapport aux centres hospitaliers et aux CLSC;
- Il y a augmentation de la clientèle dans les unités à volume variable (Îlots parents-enfants, urgence...);
- Les établissements recourent à la MOI avant le temps supplémentaire;
- Les différents congés entraînent une tendance à la hausse.

Les mesures suivantes ont été prises par les établissements pour corriger la situation :

- La stabilisation des ressources;
- Le remplacement de la gestion des disponibilités résiduelles des employés à temps partiel par une gestion des horaires de travail selon les besoins prévus plus de six semaines à l'avance;
- La création de postes permanents à temps complet pour les équipes volantes et l'étude en cours pour augmenter les postes 4/14 en 7/14 selon les disponibilités budgétaires.

### *Infirmières auxiliaires (3.6.2)*

Les résultats de la période 13 signalent la non-atteinte de la cible. En effet, 2,9 % des heures ont été travaillées par des infirmières auxiliaires au service des agences privées, soit 0,83 % de plus que la cible de 2,07 %. Seulement un établissement sur huit atteint sa cible (en période 12 cumulative).

Des établissements indiquent que durant certaines périodes de l'année, la possibilité de recrutement est presque nulle, rendant ainsi le recours à la main-d'œuvre indépendante nécessaire. Un établissement signale que la transformation de sa mission fait en sorte que progressivement les besoins d'infirmières auxiliaires s'amenuisent et que, dans ces circonstances, il est impossible de recruter cette catégorie de personnel. Les impératifs de maintien de la qualité des soins tout au long de cette attrition contraignent à recourir à une MOI.

Les établissements parlent aussi de congés de maladie non prévus au cours de l'été, de difficultés de recrutement dans un secteur ciblé jumelées avec des absences, et du fait que les CHSLD seraient non attrayants par rapport aux centres hospitaliers et aux CLSC.

Diverses mesures ont été prises par les établissements pour corriger la situation :

- La libération d'une personne à temps complet pour le recrutement de stagiaires;
- La création d'équipes volantes;
- La gestion des horaires à l'avance;
- La gestion des disponibilités résiduelles des employés à temps partiel;
- L'étude en cours pour augmenter les postes 4/14 en 5/14, ou 6/14, ou 7/14 selon les disponibilités budgétaires, s'il y a lieu.



### Préposées aux bénéficiaires (3.6.3)

Les résultats de la période 13 signalent une atteinte de la cible. En effet, 2,33 % des heures ont été travaillées par des préposées aux bénéficiaires au service des agences privées, soit une valeur égale à la cible de 2,33 %.

Les établissements indiquent que la réorganisation des soins et du travail demande plus de préposées aux bénéficiaires. Ils notent également le manque de finissants ainsi que les besoins plus importants pour la surveillance des patients. Ils prennent les mesures suivantes pour corriger la situation : l'embauche massive et continue, la création de postes en surplus de la structure et la participation à la formation alternance travail-études en collaboration avec Fierbourg.

<i>Axe :</i>	<i>Rétention et mieux-être au travail</i>		
<b>OBJECTIF DE RÉSULTAT 2010-2015</b>	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	
<b>INDICATEUR</b>	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
3.1 Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées	5,4 (5,37)	5,41	5,63 (5,59)

#### *Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes*

La valeur inscrite entre parenthèses est calculée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale à partir d'une estimation des résultats cumulatifs obtenus en période 12 et tient compte des variations périodiques du ratio de l'assurance salaire. Un ajustement est apporté pour l'IRD PQ afin de considérer les heures associées aux activités accessoires. Les résultats à la période 13 calculés dans le tableau de bord ministériel n'étaient pas disponibles au moment où l'exercice de reddition de comptes commençait. Pour l'exercice financier 2010-2011, aucune entente de gestion n'a été signée entre les établissements privés conventionnés et l'Agence.

Les résultats de la période 12 projetés (les données de la période 13 n'étant pas disponibles au moment de la rédaction de ce rapport) signalent la non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale est de 5,59 % des heures payées en assurance salaire par rapport aux heures travaillées par l'ensemble des effectifs du réseau, soit 0,09 % de plus que le point de départ (5,50 %) et 0,18 % de plus que l'engagement 2010-2011 (cible de 5,41 %). Il est à noter que cinq établissements sur treize ont atteint leur cible.

Globalement, la situation est stable comparativement à l'année dernière, malgré la non-atteinte de l'objectif régional. Une des principales explications est l'âge du personnel, qui se situe en majorité entre 45 et 55 ans, groupe considéré comme le plus vulnérable. Des données indiquent par ailleurs que le premier incident couvert par l'assurance salaire survient de plus en plus jeune depuis quelques années. Enfin, les principales causes d'absence sont liées aux problèmes de santé mentale et musculo-squelettiques. Les dossiers sont moins nombreux, mais les problèmes du personnel sont plus lourds, ce qui occasionne des durées plus longues de couverture d'assurance salaire.

Pour ces deux diagnostics, des actions préventives ont été mises en place. De plus, les établissements explorent de nouvelles stratégies pour accélérer le retour au travail et pour obtenir des services de réadaptation plus rapidement et sur une base plus soutenue.



<i>Axe :</i>		<i>Autres suivis 2010-2011</i>		
<b>INDICATEURS</b>		Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
4.1.1	Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation-orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée	Nouveau	3 (24)	5,6 (38,29)
4.1.2	Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	Nouveau	3 (24)	1,8 (12,24)
4.1.3	Nombre moyen de patients en attente d'une place de convalescence occupant des lits de courte durée	Nouveau	3 (24)	0,0 (0,12)
4.1.4	Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	Nouveau	3 (24)	3,4 (22,89)
4.1.5	Nombre moyen de patients en attente d'une place en CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	Nouveau	3 (24)	10,7 (72,65)
4.1.6	Nombre moyen de patients en attente d'une place en ressource non institutionnelle (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	Nouveau	3 (24)	0,0 (0,30)
4.1.7	Nombre moyen de patients en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	Nouveau	3 (24)	0,5 (3,26)

*Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes*

La valeur inscrite entre parenthèses est calculée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. La reddition de comptes porte sur cette valeur dont le mode de calcul diffère de celui utilisé par le système ministériel Tableau de bord d'information de gestion (TBIG). Le mode de calcul utilisé consiste à faire la somme des moyennes cumulatives par jour observées pour l'ensemble des établissements (huit) de la région, ce qui fournit une cible visée de 24 personnes et moins en attente par catégorie de clientèle. Le TBIG présente plutôt un nombre moyen de patients par centre hospitalier de la région. Les données utilisées sont extraites du formulaire 583 de GESTRED.

*Nombre moyen de patients (par jour) en processus ou en attente d'évaluation-orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée (4.1.1)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de la cible. La région de la Capitale-Nationale a connu une moyenne quotidienne de 38,29 patients en attente d'évaluation-orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée en 2010-2011, soit 14,29 de plus que la cible. Tous les établissements ont dépassé leur cible à l'exception du CSSS de Charlevoix.

Certains facteurs ont été avancés afin d'expliquer le dépassement de la cible. L'accès actuel aux lits de CHSLD ne permet pas à certains établissements d'atteindre leur cible, et le nombre de lits pour la clientèle nécessitant des soins particuliers (unité de type prothétique) n'est pas optimal. L'augmentation, la moyenne d'âge élevée et le profil de la clientèle aux prises avec une maladie chronique de même que le



manque de ressources en aval ont une incidence importante sur le maintien à domicile. Enfin, dans de nombreux cas, il est impossible d'envisager un retour à domicile sécuritaire, considérant les besoins de l'utilisateur, l'épuisement de son réseau social et l'offre de service du C.S.S.S.

Les travaux de partenariat et de collaboration entre les centres hospitaliers et les C.S.S.S. se poursuivent. Les travailleurs sociaux réseau introduits depuis janvier 2010 dans les unités de soins prennent en charge la clientèle présentant une situation de compromission de retour à domicile et l'orientent ailleurs que dans les lits de CHSLD. La mise en place de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) informatisé et des profils de lourdeur ISO-SMAF rendra possible une évaluation harmonisée en soutien à la pratique clinique. En bref, les changements de pratique ainsi que la création de places pour la clientèle en lourde perte d'autonomie sont en cours.

#### *Nombre moyen de patients (par jour) en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (4.1.2)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent l'atteinte de la cible. En effet, la région de la Capitale-Nationale a connu une moyenne quotidienne de 12,24 patients en attente de services de soins palliatifs et occupant des lits de courte durée en 2010-2011, soit 11,76 de moins que la cible. Tous les établissements ont respecté la cible, à l'exception du CHA.

#### *Nombre moyen de patients (par jour) en attente d'une place de convalescence occupant des lits de courte durée (4.1.3)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent l'atteinte de la cible. La région a connu une moyenne quotidienne de 0,12 patient en attente d'une place de convalescence et occupant un lit de courte durée en 2010-2011, soit 23,88 de moins que la cible. Tous les établissements ont respecté la cible. L'objectif est à maintenir et, en ce sens, l'offre de service dans la communauté sera augmentée pour cette clientèle en septembre 2011.

#### *Nombre moyen de patients (par jour) en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (4.1.4)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent l'atteinte de la cible. La région a connu une moyenne quotidienne de 22,89 patients en attente de réadaptation et occupant des lits de courte durée en 2010-2011, soit 1,11 de moins que la cible. Seuls le CHUQ et l'IUCPQ n'ont pas respecté la cible.

Pour le CHUQ, il faut tenir compte de la clientèle pédiatrique, qui cause parfois des délais sur le plan de l'accès. Pour l'IUCPQ, étant donné sa mission suprarégionale, on note régulièrement des délais pour le retour des clientèles dans leur région d'origine en vue d'une réadaptation.

#### *Nombre moyen de patients (par jour) en attente d'une place en CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale (4.1.5)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de la cible. La région a connu une moyenne quotidienne de 72,65 patients en attente d'une place en CHSLD et occupant des lits de courte durée en 2010-2011, soit 48,65 de plus que la cible. Seul le C.S.S.S. de Charlevoix a respecté la cible.

Pour certains établissements, nous observons à la fois une diminution du nombre de patients en attente et une durée de séjour augmentée. Les facteurs explicatifs évoqués sont les suivants :

- Une insuffisance de ressources disponibles à court terme;
- Une saturation des ressources privées, qui ne peuvent plus répondre à tous les besoins;
- Les coûts élevés dans les résidences privées, les CLSC disposant d'une limite d'allocation financière pour aider à combler la différence entre ce que l'utilisateur peut payer et le coût de la résidence;



- L'insuffisance des ressources publiques pour des patients montrant des comportements perturbateurs;
- L'impossibilité d'envisager un retour à domicile sécuritaire considérant les besoins de l'usager, l'épuisement de son réseau et l'offre de service du CSSS.

Compte tenu du vieillissement de la population, la région de la Capitale-Nationale a le défi de répondre adéquatement à la demande, selon les besoins. Par ailleurs, les changements de pratique attendus vis-à-vis de la clientèle en PALV et la diminution significative du taux de déclaration dans certains hôpitaux permettront d'atteindre la cible régionalement.

*Nombre moyen de patients (par jour) en attente d'une place en ressource non institutionnelle (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale (4.1.6)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent l'atteinte de la cible. La région a connu une moyenne quotidienne de 0,30 patient en attente d'une ressource non institutionnelle (RNI) et occupant un lit de courte durée en 2010-2011, soit 23,70 de moins que la cible. Tous les établissements ont atteint la cible. Le travail pour maintenir l'atteinte de la cible ainsi que cette bonne performance est à poursuivre.

*Nombre moyen de patients (par jour) en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (4.1.7)*

Au terme de la période 13, les résultats indiquent l'atteinte de la cible. En effet, la région de la Capitale-Nationale a connu une moyenne quotidienne de 3,26 patients en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale et occupant des lits de courte durée en 2010-2011, soit 20,74 de moins que la cible. Tous les établissements ont atteint la cible.

<i>Axe :</i>	<i>Autres suivis 2010-2011</i>		
<b>INDICATEUR</b>	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
1.3.6 Degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie (RSIPA) dans les réseaux locaux de services	Nouveau	Nouveau	56,07 (53,5)

*Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes*

La valeur inscrite entre parenthèses est calculée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale à partir de l'information de la Direction régionale des programmes clientèles. Les résultats fournis par le système TBIG sont provisoires. L'ensemble des établissements concernés par cet indicateur n'avaient toujours pas transmis et validé leurs résultats dans le formulaire 581 de GESTRED en date du 27 mai 2011.

La région est bien engagée dans cette implantation. La poursuite des travaux sur les guichets d'accès, la gestion de cas et les plans d'intervention consolidera l'atteinte de la cible nationale au cours des prochaines années.



<i>Axe :</i>	<i>Autres suivis 2010-2011</i>		
<b>INDICATEUR</b>	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
1.3.9 Pourcentage des installations (hôpitaux) ayant mis en place chacun des <b>quatre préalables</b> liés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne en milieu hospitalier	Nouveau	Nouveau	57,1

*Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes*

Les résultats fournis par le système TBIG sont provisoires. L'ensemble des établissements concernés par cet indicateur n'avaient toujours pas transmis et validé leurs résultats dans le formulaire 590 de GESTRED en date du 27 mai 2011.

Les établissements touchés par cette approche sont très avancés en ce qui a trait aux préalables. Le comité régional est en place depuis six mois et les travaux sont bien amorcés.

<i>Axe :</i>	<i>Autres suivis 2010-2011</i>		
<b>INDICATEUR</b>	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
4.1.8 Taux de déclaration en hébergement des 75 ans et plus à partir des CHSGS	Nouveau	5	4,41 (4,5)

*Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes*

La valeur inscrite entre parenthèses est celle calculée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale à partir du Registre des urgences en date du 19 mai 2011.

Au terme de la période 13, les résultats indiquent l'atteinte de la cible. La performance régionale est de 4,5 % des personnes de 75 ans et plus hospitalisées par l'intermédiaire de l'urgence pour lesquelles une demande d'hébergement a été faite, soit 1,5 % de moins que la cible de 5 %. Deux établissements n'ont pas atteint leur objectif, le CHUQ et le CSSS de Charlevoix.

La région a connu une nette amélioration dans ce secteur. Les travaux faits par l'ensemble des établissements de la région ont permis d'atteindre cette cible. L'utilisation de la mesure ISO-SMAF, la présence des travailleurs sociaux réseau en centre hospitalier et la prise en charge plus rapide par les CSSS de leur clientèle à sa sortie d'hôpital ont permis de diminuer le taux de déclaration en CHSLD.

Les travaux se poursuivent avec l'ensemble des centres hospitaliers, mais spécialement avec ceux qui admettent un plus grand nombre de personnes âgées et qui n'ont pas tout à fait atteint la cible.



## AUTRES ATTENTES MINISTÉRIELLES

Réalizations attendues de toutes les agences		
	Action réalisée	Action non réalisée
M1- Dépôt du plan stratégique régional	√	
M2- Dépôt du plan d'action 2011-2012	√	
M3a- Dépôt de projets d'optimisation sur les services de soutien à domicile	Dépôt reporté au 30 juillet 2011	
M3b- Dépôt de projets d'optimisation sur les services diagnostiques		√
M4- Dépôt, au Ministère, des ententes de gestion agence-établissement 2010-2011	√	
M5- Dépôt des mesures pour réduire de 10 % les dépenses de nature administrative	√	
M6- Dépôt du bilan du plan d'accès en déficience	Dépôt reporté au 17 juin 2011	
M7- Dépôt du plan de travail sur le programme d'implantation en négligence et d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (jeunesse)	√	

### *M3b- Dépôt de projets d'optimisation sur les services diagnostiques*

Les analyses sont en cours.

### Attentes propres à la région de la Capitale-Nationale

	Résultats 2010-2011
M8- Suivi de la situation budgétaire du Centre de réadaptation en déficience physique de Québec	Action réalisée
M11- Commencer la mesure des différents segments de l'attente pour l'accès à l'endoscopie selon les normes et critères déterminés par le Ministère	Action non réalisée
M12- Revoir pour le 30 novembre 2010 le plan de diversification des places d'hébergement de la région en réduisant le nombre de lits (120 en juillet 2010) attribués, lors de la pandémie de grippe, aux clientèles hospitalisées en attente d'hébergement	Action réalisée



## Attentes propres à la région de la Capitale-Nationale

	Résultats 2010-2011		
M13- Assurer une meilleure accessibilité aux ressources d'hébergement et de réadaptation en vue de soutenir L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ et l'IUCPQ	Action réalisée		
Consolider les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en conservant l'engagement plus grand ou égal à 78 %	Résultat 2009-2010  77,5 (79,4)	Cible 2010-2011  78	Résultat 2010-2011 :  87,1 (88,2, ce qui représente 247 mères jointes)
1.1.12 Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies par les SIPPE			
Diminuer les retards de vaccination	Résultat 2009-2010  54,3	Cible 2010-2011  75 %	Résultat 2010-2011  57,9 (57,88)
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur première dose de vaccin DCaT-Polio-Hib dans les délais			
1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	Résultat 2009-2010  38,7	Cible 2010-2011  75 %	Résultat 2010-2011  41,9 (41,87)
1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur première dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	Résultat 2009-2010  54,7	Cible 2010-2011  75 %	Résultat 2010-2011  58,4 (58,35)

*M11- Commencer la mesure des différents segments de l'attente pour l'accès à l'endoscopie selon les normes et critères déterminés par le Ministère*

On vérifie actuellement s'il est faisable de mesurer cet indicateur. Présentement, les systèmes informatiques de prise de rendez-vous des établissements ne permettent pas d'avoir accès aux données que l'on souhaite suivre au regard des indicateurs de délai d'attente.

*M12- Revoir pour le 30 novembre 2010 le plan de diversification des places d'hébergement de la région en réduisant le nombre de lits (120 en juillet 2010) attribués, lors de la pandémie de grippe, aux clientèles hospitalisées en attente d'hébergement*

Dans la foulée de cette mesure de redéploiement, la région de la Capitale-Nationale a créé 120 lits d'hébergement transitoire dans les CHSLD de la région.

*M13- Assurer une meilleure accessibilité aux ressources d'hébergement et de réadaptation en vue de soutenir L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ et l'IUCPQ*

Des opérations « blitz » ont été menées dans les deux hôpitaux de Québec au cours de l'année, afin de désengorger les urgences et les unités de soins de courte durée.



*Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies par les SIPPE (1.1.12)*

La valeur inscrite entre parenthèses est celle calculée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale à partir de la banque de données régionale I-CSLC en date du 3 mai 2011. L'écart tient à la prise en compte de l'établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec, l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's, que la Régie de l'assurance maladie exclut de son traitement.

Seul le CSSS de la Vieille-Capitale n'a pas atteint la cible. Cela est dû au CLSC Haute-Ville–Des-Rivières (HVDR) et au CLSC Basse-Ville–Limoilou–Vanier (BVLV). D'une part, l'établissement indique qu'il n'y avait aucune clientèle admissible au programme dans le secteur HVDR cette année. Aucun refus de service n'a été noté. Toutes les données ont été bien saisies dans la fiche de périnatalité. La pénurie de logements observée dans ce secteur pourrait obliger les familles à s'installer ailleurs. Cette hypothèse reste à vérifier. Les professionnels de la Direction régionale de santé publique (DRSP) soutiendront également le CLSC HVDR et travailleront aussi avec l'équipe Surveillance de la DRSP.

D'autre part, la clientèle du secteur BVLV semble refuser en grand nombre d'intégrer le programme. Différentes raisons expliqueraient ce phénomène, notamment le nombre trop important de rencontres ainsi que leur intensité, le refus d'être suivi par une travailleuse sociale, le manque d'intérêt ou le sentiment de ne pas avoir besoin de participer à ce programme. De plus, le fait d'avoir normé l'offre de service dans ces secteurs peut amener la clientèle à refuser les services. En effet, indiquer à l'avance le type d'intervention et le type d'intervenant est plus contraignant que ce que le cadre de référence SIPPE propose, ce dernier recommandant une offre de service faite en fonction des besoins des parents.

Dans un autre ordre d'idées, le comité régional de suivi des indicateurs, animé et coordonné par la DRSP, a ajouté ces éléments à son plan d'action annuel :

- Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur première dose de vaccin DCaT-Polio-Hib dans les délais (1.1.14);
- Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais (1.1.15);
- Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur première dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais (1.1.16).

À l'échelle de la région, les indicateurs se sont légèrement améliorés, mais demeurent sous la moyenne provinciale. Trois des quatre CSSS doivent faire des gains importants.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les retards vaccinaux. Bien sûr, comme certains établissements le mentionnent à juste titre, une portion de ces retards s'explique par le comportement des parents et échappe au contrôle des CSSS. Par contre, certaines interventions sont déjà mises en place, ou le seront, par les établissements pour améliorer l'offre de vaccination. Par exemple, certaines sensibiliseront les parents et les soutiendront dans la prise de rendez-vous comme :

- Rappel de la vaccination prévue à deux mois à tous les parents de nouveau-nés lors du premier contact téléphonique effectué en post-partum par le CSSS et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à deux mois pour les parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS;
- Prise du rendez-vous suivant la visite en personne et subséquemment pour les autres visites;
- Ajout de plages horaires pour répondre à la demande dès que le délai pour la prise de rendez-vous dépasse un certain seuil fixé;
- Rappel des patients la veille du rendez-vous et relance des patients qui ne se sont pas présentés, etc.



Le Plan d'action pour la promotion de la vaccination qu'on trouve sur le site de l'INSPQ décrit ces stratégies et en propose d'autres.

Les mesures suivantes ont été prises afin de corriger la situation :

- Maintien et ajout de plages horaires de vaccination et bonification de l'offre de service en vaccination;
- Participation à l'implantation des actions placées en priorité par le Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec.

L'Agence souhaite que chacun des CSSS discute à la Table régionale de santé publique des modalités qui seront retenues régionalement, des stratégies déployées, de celles prévues et des obstacles surmontés afin d'améliorer l'offre de service en vaccination et de maximiser le respect du calendrier vaccinal.

## *PLAN STRATÉGIQUE ET AUTRES ATTENTES RÉGIONALES*

### *Plan stratégique régional – Plan d'action 2010-2011*

Sujet	Résultat 2010-2011
<b>Grand chantier : Vieillissement de la population</b>	
R-1.5.1A1 382 personnes servies par le programme IMP	275

### *Interventions multifactorielles personnalisées (IMP, prévention des chutes auprès des personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie, R-1.5.1A1)*

Le jugement sur l'atteinte de l'engagement se fait en considérant le nombre de personnes âgées ayant bénéficié d'un processus complet (repérage, dépistage, évaluation, intervention) et de nature multifactorielle (tous les facteurs de risque ciblés régionalement). Mentionnons que le nombre de personnes jointes par les IMP serait supérieur si on utilisait les données I-CLSC, car le code d'intervention en prévention des chutes est entré à l'étape de dépistage par l'intervenant.

La majorité des établissements connaît une progression dans l'atteinte de la cible comparativement à 2009-2010. Seul le CSSS de Charlevoix a dépassé sa cible (26 aînés joints [33 dépistages]). Le CSSS de la Vieille-Capitale n'a pas atteint sa cible (155 aînés joints [160 dépistages]), mais est en voie de le faire. Une importante révision des processus MARCHE a eu lieu cette année : elle devrait permettre d'augmenter le nombre de personnes jointes l'an prochain. Le CSSS de Portneuf n'a pas atteint sa cible (0 aîné joint [0 dépistage]). Cet établissement doit implanter les IMP, car, en 2010-2011, des repérages seulement ont été effectués. C'est donc dire que les aînés repérés à risque de chute n'ont pas été pris en charge selon les paramètres des IMP. De plus, ce CSSS ne compte pas d'équipe-ressource multidisciplinaire pour les IMP à ce jour. Les étapes de dépistage, d'évaluation et d'intervention sont à mettre en place.



Le CSSS de Québec-Nord a connu une nette progression de sa performance en 2010-2011, puisqu'il est passé d'aucun aîné joint en 2009-2010 à 88 aînés joints cette année (235 dépistages). Cet établissement n'atteint pas sa cible, probablement parce que les IMP se sont réellement implantées cette année, ce qui implique de nouvelles pratiques pour les intervenants. L'intégration de nouveaux processus est en cours.

Les Services communautaires de langue anglaise du Jeffery Hale ont aussi connu une grande progression, ayant joint six personnes âgées en 2010-2011, comparativement à aucune l'an dernier. Cet établissement atteint presque sa cible. Une entente a été conclue avec le CSSS de la Vieille-Capitale pour la prise en charge des aînés ayant un dépistage positif des capacités motrices (physiothérapeute) ou en nutrition (nutritionniste). Une entente semblable devra être prise également avec les CSSS de Portneuf et de Québec-Nord.

Sujet	Résultat 2010-2011
R-1.5.1A2 52 groupes implantés pour le programme ÉquiLIBRE	64

*Interventions multifactorielles non personnalisées (programme ÉquiLIBRE, R-1.5.1A2)*

La cible régionale de 52 groupes pour le programme ÉquiLIBRE est dépassée, 64 groupes ont été implantés en 2010-2011, se répartissant de la façon suivante : CSSS de Charlevoix (8 groupes), CSSS de la Vieille-Capitale (28 groupes, dépassant la cible fixée à 18), CSSS de Portneuf (12 groupes, dépassant la cible fixée à 8), CSSS de Québec-Nord (14 groupes). Dans ce dernier CSSS, 20 groupes ont été implantés en 2010-2011, mais 6 d'entre eux ne respectent pas la fréquence prescrite de 2 séances par semaine. Les contraintes territoriales expliquent la situation et l'établissement a compensé en formant plus de groupes que la cible fixée. Aux Services communautaires de langue anglaise du Jeffery Hale, 2 groupes ont été formés.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.2.1A Réaliser un projet d'optimisation de l'organisation du travail en soutien à domicile dans chacun des CSSS	Action engagée
R-2.4.1 Se doter d'une coordination régionale	Action réalisée

*Coordination régionale (R-2.4.1)*

L'instance est en place et les travaux en PALV se poursuivent sous cette nouvelle gouvernance.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.4.2 Compléter le déploiement de l'entente multipartite	Action réalisée



*Entente multipartite (R-2.4.2)*

Le déploiement de la phase I est complété, mais des travaux restent à terminer dans la phase II.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.4.4 Déployer la phase I du Réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA)	Action réalisée

*RSIPA (R-2.4.4)*

L'ensemble des établissements a terminé la phase I.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.4.5 Déployer les guichets d'accès	Action réalisée

*Guichets d'accès (R-2.4.5)*

Les guichets d'accès sont implantés. Il faut poursuivre le déploiement pour y intégrer les services de deuxième ligne dans la prochaine année dans la ville de Québec.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.4.6 Mettre en place l'approche gériatrique en CHSGS	Action engagée

*Approche gériatrique (R-2.4.6)*

Tous les établissements concernés par ce déploiement sont en train de terminer la mise en place des quatre préalables.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-5.9.1 Entreprendre des actions visant à soutenir le travail en réseau	Action engagée

*Travail en réseau (R-5.9.1)*

En PALV, tous les travaux sont faits en réseau.

Sujets	Résultats 2010-2011
--------	------------------------

**Grand chantier : Maladies chroniques**

R-1.5.2 et R-1.5.5 Mettre en place des pratiques cliniques préventives reconnues pour les maladies chroniques	Action engagée
---	----------------



### *Pratiques cliniques préventives reconnues (R-1.5.2)*

La planification du projet à l'échelle régionale est terminée, mais à la lumière des choix faits à l'échelle locale (ex. : choix du thème Habitudes de vie), on a adapté le plan de mise en œuvre régional. Pour ce qui est des CSSS, on s'attend à ce que le plan de mise en œuvre du thème PCP Habitudes de vie soit intégré dans leurs programmes à la fin de 2011-2012.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.5.1 Mettre en place les actions relatives aux grands utilisateurs de services : servir 350 personnes	222

### *Grands utilisateurs (R-2.5.1)*

Le programme a débuté en septembre 2010. Les onze infirmières ont commencé leurs interventions à la mi-septembre après certaines difficultés liées à leur transfert. De plus, elles ont collaboré à plusieurs activités de promotion nécessaires à l'implantation d'un nouveau programme. Le programme a également éprouvé quelques difficultés opérationnelles au regard de la stratification de la clientèle au début janvier 2011, ce qui a réduit le nombre de clients recommandés. Les réunions mensuelles avec les gestionnaires du programme ont permis de cerner rapidement le problème et de nouvelles stratégies ont été déployées. Leurs premiers effets ont été perçus à la fin de l'année financière. D'ici les prochaines semaines, une centaine de personnes devraient se joindre à la cohorte. Au 31 mars 2011, 222 personnes faisaient partie de la cohorte malgré les ajustements liés au démarrage du programme. Une infirmière gestionnaire de cas complexes a quitté son poste en cours d'année.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.5.2 Diffuser les fascicules MPOC et diabète	Action non réalisée

### *Fascicules MPOC et diabète (R-2.5.2)*

Les travaux de production du deuxième fascicule faisant le portrait régional sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) sont avancés. Comme il s'agissait d'un premier fascicule sur une maladie en particulier, les travaux de recherche et d'analyse d'information à partir des banques de données jumelées se sont avérés plus longs que prévu. Cependant, le modèle est créé, ce qui facilitera la création des prochains fascicules sur les autres maladies, notamment le diabète. Les deux fascicules devraient être disponibles au cours de l'année 2011-2012.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.5.3 Réviser et consolider le programme Traité santé	
Programme Traité santé révisé et diffusé	Action réalisée
Programme Traité santé révisé implanté	Action engagée



### *Programme Traité santé (R-2.5.3)*

Le programme Traité santé a été révisé en 2010-2011. Les recommandations ont été adoptées par le comité de direction de l'Agence le 4 avril 2011 et par le Forum des directeurs généraux le 26 avril 2011. L'implantation du modèle d'intervention révisé est en cours dans les quatre CSSS. Le nouveau modèle de gouvernance sera mis en application dès mai 2011.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-5.9.2 Entreprendre des actions visant à soutenir le travail en réseau	Action engagée

### *Travail en réseau (R-5.9.2)*

Les travaux au regard de la gestion des grands utilisateurs de services, ceux liés à la révision du programme de réadaptation Traité santé et la détermination des objectifs annuels pour la trajectoire MPOC prennent en compte la dimension du travail en réseau. Ces trois programmes existent grâce à l'engagement des divers professionnels issus d'établissements différents et de secteurs diversifiés. Le comité de coordination du chantier sur la prévention et la gestion des maladies chroniques sera créé prochainement. Il évaluera la pertinence d'un plan d'action particulier à ce volet.

Sujets	Résultats 2010-2011
<b>Grand chantier : Santé mentale</b>	
R-1.5.3 Mettre en place les pratiques cliniques préventives liées au suicide	Action réalisée

### *Pratiques cliniques préventives liées au suicide (R-1.5.3)*

La rencontre régionale pour préparer les travaux avec les futurs relayeurs locaux (gestionnaires) a eu lieu le 18 janvier 2011. Par la suite, il y a eu changement du relayeur régional et rencontre avec les membres de la Table des directeurs généraux adjoints de la région, en février, pour les informer du projet de formation et pour leur demander de désigner les relayeurs locaux qui serviront d'intervenants pivots. Le rôle de ces derniers est de contribuer à la planification des nombreuses formations qui se donneront au cours des prochaines années sur les guides de bonnes pratiques en prévention du suicide pour les gestionnaires et les intervenants des CSSS et du réseau local de services. D'autres démarches ont été entreprises en parallèle, afin de trouver le financement nécessaire pour payer les coûts de formation que l'Agence doit assumer. Ainsi, les premières formations pour les gestionnaires (les relayeurs locaux) ont eu lieu en mai 2011 dans Charlevoix, Portneuf et la ville de Québec.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.7.1 Se doter d'une coordination régionale	Action engagée



### *Coordination régionale (R-2.7.1)*

Une structure régionale (comité directeur et comité de coordination) à laquelle se rattache et est soumis l'ensemble des travaux régionaux dans le secteur de la santé mentale a été mise en place. Des rencontres sont prévues toutes les six semaines pour le comité de coordination et à une fréquence moindre pour le comité directeur.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-3.7.7 Mettre en place un mécanisme et une ressource de transition permettant d'orienter les patients en attente d'un transfert vers une autre ressource ou d'une intégration dans la communauté afin de rétablir l'accès aux services d'hospitalisation	Action engagée

### *Ressource de transition en santé mentale (R-3.7.7)*

La ressource temporaire (20 places) de désengorgement qui avait été mise en place en 2010-2011 a fait place, en fin d'année, à une ressource permanente (17 places) de transition. De plus, la ressource de désengorgement de 20 places a été maintenue pour un maximum de 2 ans, période à l'intérieur de laquelle les établissements de la région ont accepté de travailler à l'instauration de mesures visant à diminuer le recours à l'hospitalisation et à améliorer la fluidité des sorties.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.10.1 Assurer le fonctionnement optimal de l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement	Action engagée

### *Urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement (R-2.10.1)*

Les services en santé mentale ont repris à l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement depuis janvier 2011. Par ailleurs, il a été convenu d'aller au-delà du modèle traditionnel de prise en charge de la clientèle psychiatrique qui se présente à l'urgence. Un modèle novateur sera en place à compter de septembre 2011; il sera évalué après quelques mois d'activité.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.8.2 Mettre en œuvre les recommandations des travaux sur la comorbidité (IUSMQ et CRUV)	Action engagée
R-5.9.3 Entreprendre des actions visant à soutenir le travail en réseau	Action engagée



Sujets	Résultats 2010-2011
--------	------------------------

**Grand chantier : Services de première ligne**

R-2.1.1 Se doter d'une coordination régionale du plan d'action sur l'accès aux services de santé physique de première ligne	Action réalisée
---	-----------------

*Coordination régionale (R-2.1.1)*

Le chantier portant sur les services médicaux de première ligne amorcera officiellement ses travaux vers le milieu de l'année 2011. Par ailleurs, plusieurs comités et actions sont en place pour mieux coordonner l'accès aux services de première ligne.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.1.2 Compléter le déploiement du modèle de groupe de médecine de famille (GMF)	28 GMF

*GMF (R-2.1.2)*

Un nouveau GMF a été implanté dans la région en 2010-2011, sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale. Depuis 2007, des discussions avec le CSSS de Québec-Nord et la médecin responsable de la clinique médicale sont en cours. Une première estimation de la clientèle à inscrire auprès de ce groupe a été demandée en octobre 2009. Le CSSS de Québec-Nord a entrepris des actions pour aider ce groupe à devenir un GMF. Le Ministère a effectué une deuxième estimation de clientèle en février 2011; cependant, le groupe est toujours en réflexion. Le nombre d'effectifs médicaux nécessaire pour offrir les services attendus du Ministère semble insuffisant. Des discussions avec d'autres GMF et le Département régional de médecine générale sont en cours pour aider ce groupe à prendre une décision.

Sujet	Résultat 2010-2011
R-2.1.3 Renforcer le modèle et le fonctionnement des cliniques-réseau Québec (CRQ)	8 CRQ



### CRQ (R-2.1.3)

Actuellement, huit cliniques-réseau Québec (CRQ) sont implantées dans la région de la Capitale-Nationale. Dans la dernière année, deux lettres d'intention ont été déposées par des milieux souhaitant implanter des nouvelles CRQ dans la ville de Québec. Un premier projet se situe dans le secteur Montcalm sur le territoire de la Vieille-Capitale et l'autre, dans le secteur de Charlesbourg Nord sur le territoire du CSSS de Québec-Nord. Au terme de ces projets, la cible visée de dix CRQ sera atteinte.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.1.4 Déterminer les rôles et responsabilités d'une équipe interdisciplinaire, la rendre accessible, définir les modèles d'organisation et élaborer un plan d'effectifs	Action engagée
R-2.10.1A Cibler des mesures d'amélioration de la performance des urgences	Action engagée

### Mesures d'amélioration des urgences (R-2.10.1A)

Durant la dernière année, le réseau s'est mobilisé pour discuter des zones de vulnérabilité des urgences. À ce sujet, nous avons implanté les huit mesures de désengorgement des urgences en rapport avec la performance. Chaque centre hospitalier a sa réalité particulière et nous continuerons d'appliquer les mesures dans la prochaine année. C'est également une priorité ministérielle.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-2.10.1B Respecter les mesures régionales de performance à l'urgence	20 % de séjours de 24 heures et plus sur civière (période 12 cumulative)

Sujets	Résultats 2010-2011
<b>Santé publique</b>	
1.1. REG.2.A OLO	
1 009 mères sous le seuil de faible revenu à joindre	1 094
1.1. REG.3.A Allaitement	
872 dyades mère-enfant à joindre par les cliniques d'allaitement des CSSS	825
172 dyades mère-enfant à l'interne du CHUQ à joindre par la clinique d'allaitement du CHUQ	918



### Allaitement (1.1. REG.3.A)

Trois CSSS proposent une clinique d'allaitement : Vieille-Capitale, Portneuf et Charlevoix, en plus du CHUQ, qui offre les services à sa clientèle non ambulatoire. Pour l'ensemble de ces quatre cliniques d'allaitement, le nombre de dyades mère-enfant rencontrées (825 + 918 = 1 743 dyades pour la région) a surpassé les résultats attendus (872 + 172 = 1 044 dyades).

Deux des quatre cliniques n'ont pas atteint leur cible, soit le CSSS de la Vieille-Capitale (734 dyades mère-enfant, par rapport à la cible de 808 dyades) et le CSSS de Charlevoix (44 mères et 42 bébés, pour une cible de 45 dyades). Les raisons expliquant l'écart entre la cible et le nombre de dyades jointes au CSSS de la Vieille-Capitale sont le nombre d'heures travaillées par les consultantes en lactation, qui a dépassé largement les sept heures par jour dans l'année précédente, ce qui a été corrigé cette année, et la demande de service, qui a été moins importante en 2010-2011, cette dernière fluctuant selon le nombre des naissances. Dans les périodes les plus achalandées, les mères ayant fait une demande ont été servies à l'intérieur de sept à dix jours. Au CSSS de Charlevoix, la clinique a dû fermer ses portes pendant un mois puisqu'il n'y avait pas de médecin disponible. De plus, il y a eu une légère diminution des naissances pour l'année.

Le CSSS de Portneuf a accueilli un plus grand nombre de dyades mère-enfant (47) que prévu, puisque sa cible a été établie en fonction de sa première année d'activité, soit 19 dyades rencontrées pendant les 5 premiers mois. Le nombre de dyades mère-enfant rencontrées aux unités de soins du CHUQ, tout particulièrement en néonatalogie et en pédiatrie, par les consultantes en lactation a largement surpassé les résultats attendus (918, pour une cible de 172). La cible (172 dyades) avait été établie sur la base d'une période de 7 mois d'activité, année d'ouverture de la clinique. De plus, parmi les 918 dyades, 154 mères ont bénéficié d'une consultation externe au CHUQ.

Les cliniques d'allaitement de la Vieille-Capitale et de Charlevoix ont accueilli des stagiaires (infirmières et résidents en médecine).

Sujets	Résultats 2010-2011
1.1. REG.4.A Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	
66,8 % de participation des femmes au PQDCS (taux régional)	68,4 %
1.1. REG.9.A Centre d'abandon du tabagisme	
289 personnes jointes pour les services individuels (maintien de l'activité) en cessation tabagique	495
135 personnes jointes pour les services de groupe (maintien de l'activité) en cessation tabagique	102
1.1. REG.5.A-B-C-D VIH/SIDA, VHC et ITSS	
A – 1 141 activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) effectuées auprès des clientèles vulnérables jointes par les intervenants des Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) dans les lieux où sont situés les SIDEP (CSSS, mission CLSC)	1 064



*VIH/SIDA, VHC et ITSS (1.1. REG.5.A-B-C-D)*

L'objectif de 1 141 activités de dépistage n'a pas été atteint cette année. Cela tient principalement au fait que l'équipe infirmière a été fortement réduite notamment en l'absence pour maladie d'une infirmière ETC pendant plusieurs mois et au temps nécessaire à l'orientation du personnel de remplacement. Cela dit, comme la clientèle du SIDEP est plutôt marginale et que la stabilité du personnel qui intervient auprès d'elle est importante, avoir atteint 93 % (1 064) de la cible est satisfaisant. Le SIDEP, sous la responsabilité du CSSS de la Vieille-Capitale, a donné ses services dans les installations du CLSC Haute-Ville–Des-Rivières et du CLSC Basse-Ville–Limoilou–Vanier.

Sujets	Résultats 2010-2011
B – 1 158 activités de dépistage des ITSS effectuées auprès des clientèles vulnérables jointes par les intervenants du SIDEP hors des murs du SIDEP (CSSS, mission CLSC)	1 421
C-D – 100 % des activités de counseling post-test, incluant les enquêtes épidémiologiques (dont l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires), les infections transmissibles sexuellement et les syndromes cliniques associés (ayant pour cible la chlamydie), effectuées auprès des clientèles jeunes et adultes par les intervenants des CSSS incluant SIDEP	95 %
R-1.1.1 Déterminer les programmes qui doivent être implantés et ceux qui nécessitent une augmentation de l'intensité	Action non réalisée

*Détermination des programmes (R-1.1.1)*

L'engagement est en partie respecté. En 2010-2011, les CSSS ont déterminé dans leur plan d'action local les programmes qui seront implantés. La détermination des programmes qui nécessitent une augmentation de l'intensité doit être faite pour sa part dans le cadre du Plan d'action stratégique 2009-2015 pour relever les défis et mettre en place les conditions favorables du Plan d'action régional de santé publique (PAR). La mise en œuvre de ce plan d'action a été reportée à l'automne 2011.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-1.1.2 Cibler des objectifs à atteindre pour chaque programme qui nécessite une augmentation de l'intensité et des indicateurs de suivi	Action non engagée



*Choix des objectifs (R-1.1.2)*

Cette action fait partie du Plan d'action stratégique 2009-2015 pour relever les défis et mettre en place les conditions favorables du PAR. Elle a été reportée en janvier 2012 parce que les travaux entourant la mise en œuvre de ce plan d'action ont été repoussés à l'automne 2011.

Sujets	Résultats 2010-2011
<b>Déficiences intellectuelle et troubles envahissants du développement</b>	
R-2.6.1 Revoir les rôles et responsabilités ainsi que la trajectoire de services	Action engagée

*Trajectoire de services (R-2.6.1)*

Les travaux sont actuellement menés par la table des gestionnaires d'accès.

Sujets	Résultats 2010-2011
<b>Déficiences physique</b>	
R-2.6.3 Revoir les rôles et responsabilités ainsi que la trajectoire de services	Action engagée

*Trajectoire de services (R-2.6.3)*

Les trajectoires de services en déficiences physique (DP) sont abordées par les travaux de différents comités. Ceux-ci se penchent sur :

- La trajectoire des services pour les victimes d'AVC;
- Les services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral;
- Les services aux blessés médullaires;
- Le projet clinique en DP, ce dernier visant les trajectoires de services en déficiences visuelle et en déficiences auditive;
- Le projet clinique visant à définir le continuum résidentiel en DI-DP et TED;
- La gestion de l'accès, qui s'attarde à l'arrimage entre les unités de réadaptation fonctionnelle intensive de l'IRDPQ et le soutien à domicile des CSSS.

De plus, pour le volet suprarégional, il faut effectuer les travaux de la Table de concertation des consortiums en neurotraumatologie de l'est du Québec. L'Agence coordonne ces comités ou y participe.

Sujets	Résultats 2010-2011
<b>Dépendances</b>	
R-2.8.1A Revoir les rôles et responsabilités ainsi que la trajectoire de services en première ligne	Action engagée



*Trajectoire de services (R-2.8.1A)*

Nous attendons toujours le dépôt de l'offre de service en dépendance en première ligne par les CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord et de Portneuf. Cette attente est formulée depuis l'année 2008-2009. Les CSSS mentionnent les causes suivantes : retard dans le déploiement de la formation de première ligne, attente du dépôt par l'Agence de la politique de détection en première ligne et roulement du personnel en dépendance.

L'Agence a mis en place un comité régional en dépendance dont l'une des priorités est l'offre de service de première ligne. La formation de première ligne en dépendance est présentement en déploiement et la politique de détection sera déposée en mai 2011. Une rencontre sera planifiée au printemps 2011 avec les directeurs adjoints des établissements afin de réitérer l'engagement et de convenir avec eux des modalités de soutien nécessaires à son respect.

Sujets	Résultats 2010-2011
<b>Jeunes en difficulté</b>	
R-2.9.2 Élaborer un programme concerté en négligence visant les parents négligents ou à risque de négligence et leurs enfants	Action engagée

*Programme en négligence (R-2.9.2)*

L'action est engagée comme prévu, mais n'est pas réalisée. Le plan d'action 2011-2012 visant l'implantation d'un programme en négligence a été soumis au Ministère le 31 mars 2011 avec les documents afférents.

Sujets	Résultats 2010-2011
<b>Santé physique</b>	
R-3.4.2A Mettre en place les mesures requises par le projet de loi 33 (sanctionné), dont l'accès aux services d'imagerie médicale	Action engagée

*Accès aux services d'imagerie médicale (R-3.4.2A)*

Les démarches sont en cours et le projet de déploiement d'un formulaire unique d'orientation est planifié pour septembre 2011. Les travaux de création d'une centrale de rendez-vous sous forme de guichet unique sont enclenchés.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-3.5.4A Finaliser le programme fonctionnel et technique de la troisième salle d'électrophysiologie : salle temporaire implantée	Action réalisée
R-3.5.4B Finaliser le programme fonctionnel et technique de la troisième salle d'électrophysiologie : programme fonctionnel et technique complété et déposé au Ministère pour une mise à l'étude	Action réalisée



*Programme fonctionnel et technique de la troisième salle d'électrophysiologie (R-3.5.4B)*

Le programme fonctionnel et technique a été déposé officiellement à l'Agence le 18 mai 2011. Son analyse est en cours pour un dépôt officiel au Ministère au cours des prochaines semaines.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-3.7.1; R-3.7.2 Mise en place de protocoles ou d'une organisation de services :	
IAMEST	Action engagée
AVC	Action non engagée

*AVC (R-3.7.2)*

La non-atteinte de l'objectif dans ce dossier découle d'un arrêt des travaux régionaux. Ceux-ci reprendront en 2011-2012.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-3.7.3 Orthopédie	Action engagée

*Orthopédie (R-3.7.3)*

L'Agence a mis en place le Comité directeur de la réorganisation régionale des services en orthopédie adulte et pédiatrique, dont la première rencontre s'est tenue le 9 mars 2010. Les rencontres à venir permettront certaines avancées, comme le changement de l'algorithme décisionnel pour la catégorisation des patients au secteur préhospitalier, la création d'un comité conjoint de recrutement des effectifs médicaux et de recherche CHA-CHUQ, le dégagement d'une vision commune parmi les orthopédistes de la région, la reconnaissance de l'importance du soutien à offrir à l'orthopédie pédiatrique, et, sur le plan de l'enseignement universitaire, la présence d'une cohorte de 28 résidents en orthopédie. À ce jour, bien qu'un scénario de réorganisation ait été proposé, l'Agence, les établissements et les acteurs concernés doivent encore décider, actualiser et mettre en place cette réorganisation des services en orthopédie dans la région dans la prochaine année.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-3.7.4 Endocrinologie	Action engagée
R-3.7.5 Pédiatrie	Action engagée



### *Pédiatrie (R-3.7.5)*

Plusieurs membres des équipes médicale et administrative du CHUQ ont participé aux travaux menés régionalement par le Comité sur la définition de la problématique et du suivi souhaitable de l'état de santé et du développement de l'enfant ainsi que par le Comité directeur des services de première ligne en pédiatrie. Les activités de ces comités ont cependant été suspendues pendant presque toute l'année 2010-2011, en raison de la similitude des travaux que mène à l'échelle provinciale la Table sectorielle mère-enfant des RUIS. L'organisation médicale régionale en pédiatrie sera donc plutôt définie en adaptant aux réalités régionales les orientations qui seront émises à ce sujet par la Table sectorielle mère-enfant des RUIS. On vise à définir l'organisation médicale régionale en pédiatrie et à la faire connaître d'ici la fin de 2011-2012.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-3.7.6 Plastie	Action engagée

### *Plastie (R-3.7.6)*

Les travaux de réorganisation des services en plastie se sont poursuivis cette année et se concrétisent. La Table des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale a émis un avis relativement à la pertinence d'un PEM regroupé en chirurgie plastique le 21 octobre 2010. L'Agence accompagne le CHA et le CHUQ dans le déploiement de la réorganisation en plastie. Le recrutement de deux chirurgiennes plasticiennes a été bénéfique pour la région de même que pour les plasticiens offrant les services à la population. Des travaux devront se poursuivre dans la prochaine année.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-3.6.1A Cancer	Action engagée

### *Cancer (R-3.6.1A)*

Le nouveau président du Comité régional de lutte contre le cancer est entré en fonction seulement en décembre 2010, ce qui a occasionné des délais. Le programme est en élaboration et il sera déposé à la direction de l'Agence en décembre 2011.

	Résultats 2010-2011
R-3.6.2 Concevoir et déployer les outils informationnels nécessaires au maintien des équipes en cancer	Action engagée



*Outils informationnels pour les équipes en cancer (R-3.6.2)*

Le CHUQ, le CHA et l'IUCPQ élaborent actuellement leur registre local du cancer, stimulés par le déploiement de la première phase du Registre québécois du cancer.

Le CHUQ travaille sur un système d'information clinique en oncologie qui sera transférable au CHA et à l'IUCPQ, car ces établissements utilisent la même plateforme technologique.

Sujets	Résultats 2010-2011
<b>Ressources informationnelles</b>	
R-2.11.1 Piloter et déployer le volet médicament du DSQ	Action non réalisée

*DSQ, volet médicament (R-2.11.1)*

Le volet médicament du projet DSQ est actuellement implanté dans huit pharmacies et trois milieux cliniques. La phase de pilotage, d'alimentation et de consultation a été réalisée avec succès en deux étapes, soit la première en milieux cliniques à l'automne 2009 et la seconde en pharmacies communautaires de mars à septembre 2010. Nous n'avons pu procéder à la phase suivante de « montée en charge » en pharmacies (50) et en milieux cliniques. Au 31 mars 2011, nous attendions la conclusion d'une entente entre le Ministère et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires nous autorisant à aller de l'avant.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-4.3.2 Développer et rendre accessible le monitoring du programme PALV (4.3.2)	Action réalisée

Sujets	Résultats 2010-2011
<b>Mission universitaire</b>	
R-4.2.1 Définir un mode de partage des programmes de formation continue existants dans le but d'en faire une offre de service régionale et suprarégionale	Action engagée
R-4.3.1 Réaliser un projet d'évaluation suprarégional (contentions)	Action engagée



*Projet d'évaluation suprarégional (R-4.3.1)*

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale est représentée à la Table sectorielle en ETMISS du RUIS de l'Université Laval et soutient les établissements concernés (CHUQ, CSSS et IUSMQ) dans la poursuite des travaux qui sont actuellement en phase de réalisation.

Sujets	Résultats 2010-2011
<b>Ressources humaines</b>	
R-5.1.1 Produire et mettre à jour annuellement la PMO locale et régionale	Action réalisée
R-5.4.1 Mettre à jour et poursuivre la campagne Sauve des vies	Action réalisée
R-5.4.2 Poursuivre le développement de l'emploi étudiant pour ceux inscrits dans les programmes de santé et services sociaux – 362 étudiants inscrits dans les programmes de santé et services sociaux	394
R-5.4.3A Soutenir l'inscription dans les programmes prioritaires	Action engagée
R-5.5.1A Réviser les programmes d'intégration et de soutien à la nouvelle main-d'œuvre	Action réalisée
R-5.5.1B Diminuer le taux de roulement des employés ayant moins de cinq ans d'ancienneté	Action réalisée

*Taux de roulement (R-5.5.1B)*

Le résultat régional en 2010-2011 est de 17,31 %, tandis que l'engagement se situait à 18,38 %.

Sujets	Résultats 2010-2011
R-5.6.1 Élaborer un programme de soutien à l'intégration des nouveaux cadres	Action engagée



### Développement de l'adaptation et de l'intégration sociale

#### *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité*

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.7.A	Assurer l'implantation du volet Environnements favorables, participer à la définition des orientations régionales et faire connaître à l'Agence le nombre et le type d'actions ou de projets.
Résultat observé au 31 mars 2011	Un total de 44 projets ont été réalisés en 2010-2011 dans les territoires des CSSS de la région de la Capitale-Nationale. Promouvoir les loisirs et les ressources offertes pour les familles ayant de jeunes enfants est l'objectif poursuivi par le tiers des activités ou projets. Les autres projets ciblent la sécurité alimentaire (cuisines collectives, jardins, groupes d'achat), l'isolement des parents et des familles et la stimulation des enfants. La quasi-totalité des secteurs de CSSS a effectué une étude de besoins.

Les projets réalisés sont en rapport avec les résultats des études de besoins et les critères de financement régionaux. Un accent est mis sur une meilleure connaissance, par les parents, des activités de loisirs et des ressources qu'ils peuvent fréquenter avec leurs enfants. Les résultats des chantiers provinciaux sur l'optimisation des SIPPE permettront de réviser les orientations dont la région de la Capitale-Nationale s'est dotée en septembre 2006 (travail conjoint entre la DRSP et les CSSS de la région).

#### *Allaitement – Initiative Amis des bébés (IAB)*

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.8.A	Adopter une politique d'allaitement afin de mieux soutenir les femmes qui allaitent et protéger l'allaitement.
Résultat observé au 31 mars 2011	<p>Le CHUQ a adopté une politique d'allaitement en 2000. Cette politique a été révisée en 2010. Il a également affiché cette politique dans les unités de soins.</p> <p>Le CSSS de Portneuf a adopté une politique d'allaitement en 2008. Une mise à jour est en cours. La diffusion auprès du personnel aura lieu pendant l'année 2011-2012.</p> <p>Le CSSS de Charlevoix a adopté une politique d'allaitement en 2004.</p> <p>Le comité de régie du CSSS de la Vieille-Capitale a adopté un projet de</p>



## *Allaitement – Initiative Amis des bébés (IAB)*

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
	<p>politique d'allaitement. Le projet est actuellement soumis pour consultation aux instances officielles de l'établissement. Après que les correctifs seront apportés, le projet de politique sera soumis au conseil d'administration de l'établissement pour adoption.</p> <p>Le CSSS de Québec-Nord n'a pas encore démarré ses activités visant l'adoption d'une politique d'allaitement.</p> <p>L'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's n'a pas encore proposé de projet visant le dépôt d'une politique d'allaitement devant son conseil d'administration.</p>

Afin d'implanter l'IAB, les établissements de santé doivent satisfaire à des exigences, dont les plus importantes sont d'implanter les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel et les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. L'adoption d'une politique d'allaitement par l'établissement de santé afin de mieux soutenir les femmes qui allaitent et de protéger l'allaitement est l'une des dix conditions.

La majorité des établissements ont atteint cet objectif ou sont sur le point de le faire. Une fois la politique d'allaitement adoptée, ils doivent la faire connaître à tout leur personnel et en assurer une révision à intervalle régulier, selon les normes qu'ils ont établies.

Le CSSS de Québec-Nord a reporté à l'année 2011-2012 les démarches visant à atteindre cet objectif. Pour l'année qui se termine, l'administration du CSSS s'est consacrée à soutenir la mise en œuvre d'un ensemble de changements de pratique en périnatalité afin de satisfaire aux exigences liées à l'accroissement du taux de naissances sur le territoire. Un soutien particulier sera accordé à ce CSSS au cours de l'année 2011-2012 afin de l'aider à atteindre ses cibles.

Au Jeffery Hale, la rédaction et l'adoption d'une politique d'allaitement devraient se faire au cours de l'année 2011-2012. Par ailleurs, l'hôpital a déposé une politique Bébés allaités : bienvenue dans nos lieux publics afin d'encourager les femmes à allaiter partout dans les lieux publics, en incluant cet établissement. Cette politique devrait être entérinée par le conseil d'administration d'ici peu.

La majorité des CSSS et le CHUQ ont également progressé au cours de l'année dans l'application des autres conditions pour le succès de l'allaitement.



Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.8.B	Colliger les données statistiques sur les taux d'allaitement au premier contact avec le CLSC pour les femmes ayant donné naissance.
Résultat observé au 31 mars 2011	<p>Les CSSS de Charlevoix, de Portneuf et de la Vieille-Capitale ainsi que l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's tiennent un registre statistique sur les taux d'allaitement à la naissance de l'enfant. Les deux premiers CSSS assurent également la saisie d'information sur l'alimentation de l'enfant à 2, 4, 6, 12 et 18 mois lorsque l'enfant se fait vacciner en CLSC. Le CSSS de la Vieille-Capitale n'est pas en mesure de collecter cette information, puisque la majorité des enfants ne sont pas vaccinés en CLSC sur son territoire.</p> <p>Le CSSS de Québec-Nord, quant à lui, a démarré ses activités de saisie d'information sur le mode d'alimentation de l'enfant uniquement au printemps 2011.</p> <p>Le CHUQ note les taux d'allaitement exclusif et total tant à Saint-François d'Assise qu'au Centre mère-enfant. Les statistiques sur le mode d'alimentation du nouveau-né ne sont cependant pas recueillies de façon systématique : collecte effectuée à 60,2 % à l'HSFA et 80,2 % au CME.</p>

Les exigences liées à l'implantation de l'IAB concernent uniquement la saisie d'information sur le mode d'allaitement de l'enfant lors du premier contact des nouveaux parents avec le CLSC, soit lors du premier contact après le congé postnatal immédiat. Le taux d'allaitement minimal requis pour qu'un établissement puisse être admis à déposer une demande d'évaluation au Ministère pour recevoir l'agrément IAB est de 75 %. Actuellement, les taux d'allaitement lors du premier contact téléphonique pour ces trois CSSS sont les suivants :

- CSSS de la Vieille-Capitale :
  - Sainte-Foy–Sillery–Cap-Rouge–Saint-Augustin–L'Ancienne-Lorette : 86 %,
  - Haute-Ville–Des-Rivières : 83 %,
  - Basse-Ville–Limoilou–Vanier : 79 %,
  - Maison de naissance – non disponible, car la saisie a démarré à l'automne 2010;
- CSSS de Charlevoix : 68,5 %;
- CSSS de Portneuf : environ 80 % (pas indiqué dans la reddition de comptes);
- Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's : 94 %;
- CHUQ : Saint-François d'Assise : 77,6 % (allaitement total) et 51,8 % (allaitement exclusif). Cependant, le mode d'alimentation de 39,8 % des nouveau-nés n'a pas été noté;
- CHUQ : Centre mère-enfant : 84,3 % (allaitement total) et 44,7 % (allaitement exclusif). Cependant, le mode d'alimentation de 19,8 % des nouveau-nés n'a pas été noté.



Les statistiques à l'âge de 2, 4, 6, 12 et 18 mois ne sont pas requises des CLSC dans le cadre de l'IAB. Ces données sont cependant fort utiles pour mesurer la poursuite de l'allaitement chez la clientèle.

En 2010-2011, le CSSS de Québec-Nord a mis en place les modalités techniques nécessaires à la saisie d'information sur le mode d'alimentation de l'enfant lors du premier contact à la suite du congé postnatal de la mère. Cette saisie d'information sera effectuée de façon systématique dès le 1<sup>er</sup> avril 2011. Les résultats seront disponibles pour l'année 2011-2012.

On exige un taux de 75 % d'allaitement exclusif à la naissance pour que les centres accoucheurs puissent déposer une demande d'évaluation IAB. Le CHUQ mettra en place des stratégies afin d'améliorer le taux d'allaitement exclusif, dont la diminution de la supplémentation chez les bébés allaités et une collecte systématique du renseignement sur le mode d'alimentation de l'enfant.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.8.C	Respecter le code de commercialisation des substituts du lait maternel.
Résultat observé au 31 mars 2011	<p>À l'exception du CSSS de Québec-Nord, les trois autres CSSS, soit Charlevoix, Portneuf et Vieille-Capitale, ainsi que l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's respectent les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.</p> <p>Le CHUQ respecte plusieurs des articles du Code. Le personnel du CHUQ progresse vers l'atteinte de cet objectif, à l'exception de l'article lié aux conditions d'achat des préparations commerciales pour nourrisson par l'établissement.</p>

L'application des articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (Code) constitue une étape importante dans la mise en œuvre de l'IAB au sein des établissements de santé. Le Code est constitué de dix articles, dont huit (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10) concernent directement les CLSC et les centres accoucheurs.

Résumé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'Organisation mondiale de la santé (Genève, 1981) et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la santé :

- Interdire la promotion des laits artificiels, tétines ou biberons auprès du grand public.
- Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux femmes enceintes ou aux parents.
- Interdire la promotion de ces produits dans le système de soins de santé (pas d'échantillons ni d'approvisionnement gratuits).
- Interdire le recours à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
- Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.



- Interdire la promotion d'aliments commerciaux pour bébés, comme les solides en pots, les céréales, les jus et l'eau embouteillée, afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif.
- Exiger que chaque emballage ou étiquette mentionne clairement la supériorité de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
- S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de la santé une information scientifique et se limitant aux faits.
- S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité, que la date limite de consommation y est indiquée, et que les emballages ne comportent pas des termes comme « humanisé » ou « maternisé ».
- Afin d'éviter les conflits d'intérêts, faire en sorte que les professionnels de la santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier des compagnies de produits alimentaires pour bébés (ex. : vacances, invitations à des congrès, etc.).

Trois des quatre CSSS ainsi que l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's respectent entièrement les articles du Code.

Le CSSS de la Vieille-Capitale a procédé à une autoévaluation à l'aide d'outils de collecte de données au sein de ses cinq équipes Famille-Enfance-Jeunesse (quatre CLSC et une maison de naissance) pour déterminer le degré d'implantation de cet objectif. Les résultats ont démontré que tous les secteurs respectent le Code. Le maintien de ces pratiques exemplaires en matière de protection de l'allaitement demeure le défi des prochaines années.

Les CSSS de Portneuf et de Charlevoix respectent également les articles du Code. Le CSSS de Portneuf s'est doté d'une politique d'achat pour les préparations commerciales pour son secteur Famille-Enfance-Jeunesse ainsi que pour la salle d'urgence et la clinique d'allaitement. Le CSSS de Charlevoix assure une vigilance tout au long de l'année afin de maintenir le respect des articles du Code.

Par ailleurs, le service de distribution de coupons OLO en période postnatale destiné aux femmes vivant en contexte de pauvreté a été modifié au cours de l'année 2011 pour mieux répondre aux besoins de ces familles. Ce changement favorise le respect du Code dans tous les établissements.

Le CSSS de Québec-Nord a reporté à l'année 2011-2012 les démarches visant à atteindre cet objectif. Pour l'année qui se termine, l'administration du CSSS s'est consacrée à soutenir la mise en œuvre d'un ensemble de changements de pratique en périnatalité afin de satisfaire aux exigences liées à l'accroissement du taux de naissances sur son territoire.

Le CHUQ a fait des avancées importantes quant au respect des articles du Code au cours des dernières années. Cependant, certains articles ne sont toujours pas respectés, notamment en ce qui a trait à l'achat des préparations commerciales pour nourrisson à 80 % du prix de détail. Le CHUQ dit ne pas avoir les ressources nécessaires pour satisfaire à cette exigence.



## *Approche École en santé*

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.6.A (MSSS 1.1.13)	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (EES)
Résultat observé au 31 mars 2011	La moyenne régionale se situe à environ 25 %.

Pour l'année 2010-2011, les gestionnaires des CSSS, des commissions scolaires et de la DRSP ont convenu d'expérimenter l'implantation de l'approche EES sous un autre angle, soit en accompagnant les écoles en fonction de leurs besoins particuliers (aménagement et animation des cours d'écoles primaires, 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION, dépendances [programmes Systèmes D et APTE]). Cette nouvelle façon d'accompagner les écoles répond à des besoins concrets de celles-ci tout en implantant les bases et la philosophie de l'approche EES.

Cette nouvelle façon de faire semble très prometteuse et exige par ailleurs des ajustements. Certains CSSS (Charlevoix, Jeffery Hale, Portneuf et Vieille-Capitale) ont eu plus de facilité à prendre le virage. Le CSSS de Québec-Nord a pour sa part des démarches préalables à faire avec les commissions scolaires pour réduire quelques obstacles d'implantation. Malgré tout, ce CSSS a amorcé des démarches avec la commission scolaire des Premières Seigneuries et avec quelques-unes de ses écoles primaires.

Les résultats reçus de GESTRED sous-estiment les résultats réels. Cette nouvelle approche nécessite que de nouvelles ressources des CSSS accompagnent les écoles. Le lien entre les intervenants des CSSS (0.5.30) et les accompagnateurs doit être clairement défini pour permettre une saisie juste dans GESTRED. Des arrimages devront donc être faits entre les intervenants (0.5.30), les accompagnateurs et les pilotes locaux pour assurer la saisie des données réelles.

### **Habitudes de vie et maladies chroniques**

#### ***Programme 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION***

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.10.A	Assurer une offre de service à 40 % des établissements scolaires et faire connaître à l'Agence le nombre d'établissements et de personnes (jeunes et adultes) joints ainsi que les activités réalisées. Cette offre de service devra faire les liens avec les programmes de prévention du tabagisme et de promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique en place auprès des jeunes et, le cas échéant, les promouvoir.
Résultat observé au 31 mars 2011	Résultat régional : 48 %



De façon générale, l'ensemble des CSSS ont atteint la cible et d'autres l'ont amplement dépassée.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.10.B	Assurer une offre de service à 10 % des municipalités et faire connaître à l'Agence la liste des municipalités jointes et les activités réalisées.
Résultat observé au 31 mars 2011	Résultat atteint

Les CSSS ont instauré des partenariats fort intéressants avec une grande proportion de leurs municipalités. Malgré la complexité de la ville de Québec, les CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord ont fait de belles avancées.

1.1 REG.10.C	Assurer une offre de service aux CSSS (volet employés) et joindre 10 % des établissements; faire connaître à l'Agence le nom des établissements joints, le nombre de personnes et les activités réalisées.
Résultat observé au 31 mars 2011	100 %

L'ensemble des établissements de santé des CSSS ont été joints dans le cadre du programme 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION.

1.1 REG.10.D	Assurer l'accompagnement des professionnels de la santé des CSSS, en particulier ceux des services courants, des cliniques jeunesse et les infirmières scolaires, afin de faire connaître le « counseling bref » sur les habitudes de vie à 80 % d'entre eux et communiquer à l'Agence le nombre de personnes jointes et les activités réalisées.
Résultat observé au 31 mars 2011	ND

Le projet PCP Habitudes de vie en CSSS veillera désormais à l'atteinte de cette cible. L'année 2010-2011 a été réservée à son implantation. Des résultats concrets seront observés en 2011-2012.

1.1 REG.10.E	Assurer les liens entre le CSSS et le délégué médical de prévention concernant les actions qui visent les médecins en cabinets privés et d'autres groupes de professionnels de la santé, et faire connaître la liste des activités réalisées.
Résultat observé au 31 mars 2011	Résultat atteint



Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.10.F	Assurer la réalisation d'activités concernant les cibles prioritaires désignées dans le volet Actions environnementales et participer aux travaux de la mobilisation régionale-locale; faire connaître à l'Agence la liste des activités réalisées.
Résultat observé au 31 mars 2011	Résultat atteint

Les nouvelles pratiques en rapport avec les actions prioritaires ont été amorcées, selon une intensité variable, par tous les CSSS.

### **Pauvreté, et développement social et des communautés**

#### *Analyse de milieu : Approche territoriale intégrée (ATI)*

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.11.A	Participer aux mécanismes et travaux touchant l'implantation de l'ATI dans les zones désignées.
Résultat observé au 31 mars 2011	Tous les CSSS ont participé aux mécanismes et travaux de l'ATI de leur territoire.

Comme partenaires intersectoriels privilégiés et représentants à l'échelle locale du secteur de la santé et des services sociaux, il est important que les CSSS participent au comité de gestion ou de coordination de l'ATI de leur territoire.

#### *Analyse de milieu : portrait de la défavorisation*

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.12.A	Mettre à jour les données sur la défavorisation et actualiser les portraits de défavorisation des territoires.
Résultat observé au 31 mars 2011	Tous les CSSS sont en train d'actualiser les portraits de défavorisation de leur territoire.



Tous les CSSS ont reçu les données sur la défavorisation sociale et matérielle ainsi que les cartes présentant l'indice de défavorisation selon le découpage des communautés locales. La rédaction finale des portraits est prévue pour la fin du printemps.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.12.B	Diffuser les portraits de défavorisation des territoires.
Résultat observé au 31 mars 2011	Aucune diffusion n'a été faite.

Les portraits étant en rédaction, aucun n'a encore été diffusé. Cette étape est prévue pour 2011-2012.

1.1 REG.12.C	Définir des indicateurs quantitatifs et qualitatifs du développement du potentiel des communautés et les expérimenter dans quelques territoires de communautés locales.
Résultat observé au 31 mars 2011	Aucun indicateur quantitatif et qualitatif du développement du potentiel des communautés n'a été expérimenté par les CSSS.

Cela fait partie du plan d'action du Comité analyse de milieu pour l'année qui vient. Les CSSS devaient terminer leur portrait de défavorisation avant de passer à cette action.

***Formation en hygiène et salubrité en contexte d'aide alimentaire à l'intention des organismes communautaires et caritatifs***

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.13.A	Avoir terminé d'ici mars 2011 la formation auprès des gestionnaires des organismes communautaires et caritatifs faisant de l'aide alimentaire sur le territoire.
Résultat observé au 31 mars 2011	Tous les CSSS ont donné de la formation aux gestionnaires des organismes communautaires et caritatifs faisant de l'aide alimentaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ CSSS de Portneuf : 100 % des organismes ont été formés;</li> <li>■ CSSS de Québec-Nord : 82 % des organismes ont été formés;</li> <li>■ CSSS de la Vieille-Capitale : 90 % des organismes ont été formés;</li> <li>■ CSSS de Charlevoix : 67 % des organismes ont été formés.</li> </ul>



Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.13.B	Avoir donné la formation aux manipulateurs d'aliments œuvrant dans les organismes communautaires et caritatifs du territoire qui en ont fait la demande.
Résultat observé au 31 mars 2011	<p>CSSS de Portneuf : 88 % des organismes ont reçu la formation pour les manipulateurs.</p> <p>CSSS de Québec-Nord : 19 % des organismes ont reçu la formation pour les manipulateurs.</p> <p>CSSS de la Vieille-Capitale : 12 % des organismes ont reçu la formation pour les manipulateurs dans le secteur Haute-Ville–Des-Rivières et 26 % dans le secteur Sainte-Foy–Sillery–Cap-Rouge–Saint-Augustin–L’Ancienne-Lorette.</p> <p>CSSS de Charlevoix : 17 % des organismes ont reçu la formation pour les manipulateurs.</p>

Pour le secteur Basse-Ville–Limoilou–Vanier du CSSS de la Vieille-Capitale, c’est la Direction régionale de santé publique qui donne la formation, et 8 % des organismes ont été formés.

## Maladies infectieuses

### *Infections nosocomiales*

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2011
1.1 REG.14.A (MSSS 1.1.11)	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) en infections nosocomiales, toutes les missions – Nombre d'infirmières en poste pour atteindre les ratios
Résultat observé au 31 mars 2011	Cible non atteinte (39 ETC en poste sur 42 ETC attendus, soit 93 % de la cible attendue)

La cible n’est pas atteinte à l’échelle régionale, mais il manque peu d’ETC pour ce faire (au total il manque trois ETC dans la région pour l’ensemble des établissements).

La non-atteinte à l’Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid’s, à l’IUSMQ et au CHUQ s’explique par le petit nombre d’ETC (0,1 ou 0,2 ETC) qui reste en surplus des postes déjà pourvus d’un titulaire. Il est en pratique très difficile de pourvoir ces postes étant donné le peu de temps de travail qu’ils représentent.

Pour ce qui est de l’IUCPQ et du CHA, la non-atteinte s’explique par le fait que le titulaire de certains postes est parti et n’était pas encore remplacé au 31 mars 2011. Dans ces deux établissements, les procédures pour pourvoir à nouveau ces postes sont en cours.



### ***3 Autres résultats d'importance***



Les activités menées par l'Agence ne se limitent pas à celles prévues dans l'entente de gestion et d'imputabilité et dans les ententes administratives qu'elle a conclues avec le Ministère. D'autres activités conduisent à des résultats dont il convient de rendre compte dans le présent rapport.

### ***3.1 Plan stratégique régional 2010-2015***

L'Agence et l'ensemble des établissements de la région de la Capitale-Nationale ont adopté le plan stratégique régional 2010-2015, dont le thème est « Mission Capitale : l'accès aux services ».

Les engagements du réseau régional pour les prochaines années sont les suivants :

- Agir en amont des problèmes de santé et de bien-être;
- Améliorer le niveau de service de première ligne dans chacun des réseaux locaux;
- Assurer les délais d'accès attendus aux services spécialisés;
- Exercer le leadership d'une région universitaire;
- Prendre soin de la dimension des ressources humaines et innover dans les pratiques de gestion.

Les grands chantiers sur lesquels travailleront l'Agence et les établissements de 2010 à 2015 se regroupent sous quatre thèmes :

#### *Le vieillissement de la population*

Mener des actions auprès de la clientèle aînée, notamment sur le plan de la prévention des chutes, des habitudes de vie et de l'organisation des services de soutien à domicile et d'hébergement.

#### *La gestion et la prévention des maladies chroniques*

Mettre en place le modèle régional favorisant l'autogestion et la réadaptation des maladies chroniques.

#### *La santé mentale*

Mener des actions sur divers volets pour les services en santé mentale, notamment sur le plan de l'accès aux services de première, deuxième et troisième ligne, du problème double santé mentale et dépendance, et de la prévention du suicide.

#### *L'accès aux services de santé de première ligne*

Consolider une offre de services intégrés et complémentaires sur les plans des groupes de médecine de famille, des cliniques-réseau et des urgences, en ayant comme assise le principe d'interdisciplinarité.

Le document final a été adopté par le Forum des directeurs généraux et entériné par les conseils d'administration des établissements du territoire au cours de l'automne dernier. En plus de la planification stratégique régionale pour les cinq prochaines années, un plan d'action annuel a été déposé. Le présent rapport annuel expose la reddition de comptes relative à ce premier plan d'action.



### ***3.2 Plan d'action régional de santé publique 2009-2015***

Soulignons d'abord que, tout comme le Programme national de santé publique, ce plan, dont l'échéancier initial était prévu jusqu'en 2012, a été prolongé jusqu'en 2015. Il permet de bien circonscrire le champ d'action de la santé publique, axé sur la promotion de la santé, la prévention et la protection.

En 2010-2011, les quatre CSSS de notre région ont à leur tour mis à jour leur plan d'action local de santé publique. Le Jeffery Hale-Saint Brigid's, qui offre des services communautaires de langue anglaise, aura fait de même pour son plan d'action en santé publique. L'offre de services de santé publique en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population de notre région, tant sur le plan régional que local, est donc bien définie.

De plus, la Table régionale de santé publique, présidée par le directeur régional de santé publique, a piloté un projet d'élaboration d'un plan d'action stratégique pour relever les défis et mettre en place les conditions favorables du Plan d'action régional de santé publique 2009-2015. Des gestionnaires et des professionnels de l'Agence et des CSSS ont contribué à mener à bien ce projet. C'est ainsi que des axes, des objectifs et des activités ont été définis afin de réduire les inégalités sociales de santé, de renforcer la concertation intersectorielle, d'améliorer l'arrimage entre les paliers régional et local. Le même effort a été fait en vue de mettre en place les conditions favorables (ressources humaines, ressources financières, la recherche et évaluation). Ce plan d'action stratégique 2011-2015 sera soumis au conseil d'administration de l'Agence pour approbation à l'automne 2011.

### ***3.3 La prévention des problèmes liés au jeu : un site novateur maintenant en ligne***

Le site Web *Les dessous du jeu* a été lancé le 5 novembre dernier par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale. Conçu en collaboration avec le Centre de réadaptation Ubaldo-Villeneuve et le Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu de l'Université Laval, ce site préventif est le premier au Québec s'adressant aux jeunes aux prises avec des problèmes de jeu. Ciblant à la fois les jeunes et leurs proches, le site permet au jeune de se reconnaître comme étant un joueur à risque avec une autoévaluation, pour ensuite proposer des solutions et des ressources pour soutenir les personnes ayant ce type de problème. Quant aux proches, puisque l'on sait que, pour chaque joueur, cinq personnes sont touchées par les conséquences du jeu, diverses approches leur sont suggérées pour aborder le sujet et proposer de l'aide à leur proche pour s'en sortir.

Dans un contexte de hausse des joueurs sur le Web ainsi que d'une offre renouvelée de la part de Loto-Québec, le site *Les dessous du jeu* vient sensibiliser les jeunes aux problèmes potentiels que peuvent causer les diverses offres de jeu. De plus, le poker étant l'un des jeux les plus populaires, et les joueurs sur le Web étant deux fois plus à risque de développer des problèmes que les joueurs traditionnels, la publicité a été conçue en conséquence. Ainsi, la promotion du site a été faite dans des dizaines de bars et de restaurants fréquentés par les jeunes du territoire de la Capitale-Nationale ainsi que sur de nombreux sites Web s'adressant à eux. Avec le slogan « Pro du poker? » et menant vers le site Web, la campagne a eu d'excellentes retombées, puisque plus de 1 700 jeunes avaient visité le site après deux mois de mise en ligne. Les médias de la région ont également parlé abondamment du site après la conférence de presse du 5 novembre.



### ***3.4 Promotion du dépistage du cancer du sein par des infirmières des GMF***

La prévention et la promotion de la santé sont comprises dans l'offre de service des GMF. Le dépistage du cancer du sein est l'une des problématiques retenues. Considérant le rôle potentiel des infirmières dans la promotion du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et leur désir d'être mieux outillées, un projet a été amorcé par la DRSP. L'objectif était d'expérimenter une intervention à multiples volets auprès des infirmières en GMF de la Capitale-Nationale afin qu'elles intègrent un message bref sur le PQDCS dans leur pratique. Un rapport publié en 2010 présente cette expérimentation menée de mars 2007 à novembre 2009.

Différentes actions ont été mises en œuvre auprès des infirmières en GMF. Au total, 60 infirmières de 25 milieux cliniques ont été touchées. Ainsi, 39 infirmières ont participé à une formation didactique et 18, à une formation personnalisée. La plupart des infirmières ont aussi bénéficié de différents types de soutien : 36 ont eu un suivi téléphonique post-formation; 20, des contacts téléphoniques de suivi; 35, une visite de l'agente de recherche dans leur milieu; 4, un soutien de type facilitation.

À terme, les connaissances des infirmières sur le PQDCS sont bonnes, mais certains aspects restent à améliorer. L'intégration d'un message bref dans la pratique se fait graduellement, au fur et à mesure que le soutien est apporté par la professionnelle de santé publique. Pour les infirmières, ce soutien est utile et perçu comme un rappel. L'expérimentation a permis de mettre en évidence des facteurs facilitant et contraignant l'implantation d'une telle démarche. Ceux-ci peuvent être liés à des caractéristiques individuelles, au contexte organisationnel ou au soutien apporté.

L'expérimentation de cette intervention à multiples volets a démontré qu'une démarche structurée, flexible et continue peut être implantée pour l'intégration d'un message de prévention dans la pratique des infirmières en GMF. Il importe de l'adapter à l'environnement organisationnel, aux besoins et aux disponibilités du milieu.

### ***3.5 Position de santé publique relativement à l'amiante***

Le directeur régional de santé publique de la Capitale-Nationale s'est joint aux 17 autres directeurs de santé publique du Québec pour signer une lettre à l'intention du ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation. Ils y exprimaient leurs préoccupations devant le projet du gouvernement du Québec d'augmenter la production d'amiante tout en préconisant une politique d'utilisation accrue et sécuritaire de l'amiante chrysotile. Les directeurs ont fait valoir, à l'instar de l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec, un ensemble d'arguments en défaveur de cette orientation en raison des conséquences sur la santé appréhendées. Déjà au Québec, l'exposition aux fibres d'amiante est la première cause de mortalité indemnisée survenant chez les travailleurs. C'est quelque 29 % des travailleurs du secteur des mines, 21 % dans le secteur de la construction et 28 % dans le secteur de la réparation et de l'entretien de produits et structures contenant de l'amiante qui sont exposés aux fibres d'amiante dans leur travail. Le consensus des scientifiques est que toutes les variétés de fibres d'amiante, y compris le chrysotile, ont des conséquences néfastes sur la santé. Or, l'amiante chrysotile constitue 100 % de l'amiante présentement sur le marché et il compte pour 95 % de toute l'amiante jamais utilisée par l'humanité. Selon l'INSPQ, il est difficile, voire impossible de protéger les travailleurs de l'industrie de la construction, de la rénovation et des manufactures contre ce matériau. Des produits de substitution existent pour la plupart des utilisations de l'amiante.



### ***3.6 Épisode de chaleur extrême en juillet 2010***

Du 5 au 9 juillet 2010, la région de la Capitale-Nationale a connu sa plus importante canicule des 30 dernières années. Durant cette période, les températures maximales journalières ont varié entre 31 et 33 °C, alors que la température minimale (la nuit) n'a pas baissé sous les 18 °C. Les données de surveillance ont montré une surmortalité significative de 30 % pour l'ensemble du Québec durant cette période comparativement à la même période les années précédentes. Dans la région de la Capitale-Nationale, bien qu'elle n'ait pas été significative, il y a aussi eu une augmentation des cas de mortalité (99 cas en 2011 comparativement à une moyenne de 86 cas pour les années 2008 et 2009). Cela est regrettable. Nous sommes cependant d'avis que l'incidence sanitaire aurait pu être nettement plus importante n'eût été de la mise à profit, par l'Agence, de son Plan régional de chaleur accablante – Mission santé. Ce plan prévoit notamment la participation concertée des différents services de l'Agence, des établissements de santé du réseau, de la Ville de Québec et des partenaires régionaux en sécurité civile. La contribution de tous ces acteurs a permis la diffusion de messages d'information sur les effets de la chaleur sur la santé et sur les moyens pour les prévenir. Une attention particulière a été prêtée aux populations vulnérables (jeunes enfants, personnes âgées, personnes seules, malades et peu ou pas autonomes) afin de les identifier et de leur apporter les soins et services nécessaires dans la situation. Par ailleurs, la Ville de Québec a prolongé les heures d'ouverture des centres climatisés et des piscines communautaires. Le Plan régional de chaleur accablante sera modulé en fonction de l'expérience acquise en 2010. Une attention particulière sera notamment prêtée aux personnes présentant des problèmes de santé mentale ainsi que des troubles cardiovasculaires.

### ***3.7 Processus de certification des résidences pour personnes âgées et des ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique***

L'objectif de la certification est de faire en sorte que les services des résidences pour personnes âgées soient sécuritaires et de qualité. La certification favorise la protection des résidents et assure que les conditions liées aux exigences du Règlement sont mises en place et sont respectées par le propriétaire ou le responsable d'une résidence.

Le processus de certification est continu dans le temps et comporte plusieurs étapes qui doivent être franchies pour avoir la portée escomptée. Ainsi, des mandats sont dévolus à l'Agence, soit implanter le processus et les outils, accompagner les exploitants, assurer la gestion du processus, la coordination avec les différents partenaires tels que le réseau de la santé (CSSS, Ministère et commissaire régional), le Conseil québécois d'agrément (CQA) et le secteur municipal et, finalement, inspecter s'il y a lieu.

En novembre 2009, le gouvernement du Québec sanctionnait le projet de loi 56. Cette loi étend la validité des certificats à trois ans et applique le processus de certification aux ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique.

En 2010-2011, l'Agence a fait les efforts nécessaires afin de compléter la première ronde de certification. Ainsi, 99 % des exploitants qui ont soumis une demande ont obtenu un certificat de conformité. Près de 80 exploitants sont en démarche de suivi avec l'Agence pour le renouvellement de leur certificat de conformité.

En 2010-2011, trois ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique ont amorcé le processus de certification.



### *Quelques chiffres*

En 2010, la région de Québec comptait 178 résidences pour personnes âgées et 11 ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique :

- 157 résidences étaient à but lucratif et 21 étaient des organismes à but non lucratif (OBNL);
- La région disposait de 11 593 unités locatives où logeaient 11 141 personnes âgées de 65 ans et plus dont 4 268 (40 %) avaient plus de 85 ans;
- Parmi l'ensemble des résidences, 18 % comptaient moins de 9 unités, 30 % avaient de 10 à 29 unités, 15 %, de 30 à 49 unités, 16 %, de 50 à 99 unités et 21 % comptaient 100 unités et plus.

## **3.8 Bilan général du Programme d'évaluation et de coordination des admissions en soins de longue durée (PECA)**

En vertu de son mandat, le mécanisme d'accès à l'hébergement pour les personnes âgées a procédé à l'analyse des demandes d'hébergement et à la répartition des admissions dans les 4 093 places d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les 227 places en ressources intermédiaires (RI) et de type familial (RTF) et les 58 places en résidences adaptées disponibles pour la région.

	<b>2010-2011</b>	<b>2009-2010</b>
Admissions permanentes en CHSLD	1 108	1 204
Admissions transitoires en CHSLD	587	662
Nombre de demandes reçues pendant l'année	2 162	2 134
Nombre de demandes évaluées ou réévaluées	3 359	2 988
Nombre de dossiers fermés pendant l'année	2 128	2 285
Décès de la personne (durant le processus)	650	675
Retrait de la demande	75	86
Refus du placement	10	20
Demandes non admissibles	88	110
Retours à domicile	4	2
Admissions autres sous-régions	16	8
Admissions dans un centre privé	0	4
Fermeture – Autres motifs	177	176

### *La réalité par territoire de CSSS*

Sur le territoire du CSSS de Portneuf, on a procédé à 131 admissions pendant l'année. De ce nombre, 1 transfert provenait des lits de transition du territoire de la ville de Québec.



Provenance des admissions	Portneuf
CHSGS	80
Domicile ou résidence privée et Hôpital régional de Portneuf	50
Autres régions et transferts intrarégionaux	1

Au 31 mars 2011, 105 personnes étaient en liste d'attente :

Nombre	Lieu
15	Hôpital
23	Au domicile avec services du CLSC
21	Résidence privée pour personnes âgées
46	Autres (CHSLD, autres régions, etc.)

Sur les territoires des CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale, on a procédé à 1 419 admissions. Ces admissions se répartissent de la façon suivante :

Provenance des admissions	Québec
CHSGS	843
Domicile ou résidence privée	185
Autres*	391

Les demandes reçues et mises en attente pour les territoires des CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale peuvent être regroupées de la façon suivante :

Nombre	Lieu
100	Hôpital
346	Au domicile avec services du CLSC
851	Résidence privée pour personnes âgées
447	Autres*

\* Regroupe les dossiers provenant des établissements suivants : RI-RTF, transferts inter-CHSLD, RNI, CRDI de Québec, IUSMQ, IRDPQ, UTRF, URFI, et les demandes provenant des autres régions du Québec.

Finalement, sur le territoire du CSSS de Charlevoix, on a procédé à 72 admissions au cours de l'année 2010-2011. Au 31 mars 2011, 28 personnes étaient en attente d'hébergement. Le mécanisme d'accès à l'hébergement de la région de Charlevoix a reçu 89 demandes pour l'année 2010-2011.

### 3.9 Services préhospitaliers d'urgence (SPU)

#### *Formation des techniciens ambulanciers/Paramédic*

Les techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) de la région de la Capitale-Nationale ont suivi le programme de formation « Appréciation clinique préhospitalière ». Nous avons également terminé pour tous les TAP les programmes de formation offerts en 2009-2010.



## *Services de premiers répondants*

Le tableau suivant liste les municipalités ou organismes ayant un service de premiers répondants.

### **Services de premiers répondants de la région de Québec**

Municipalité	Date de la mise en service	Fin des activités du service
P3003 Shannon	1998	
P3005 Saint-Gabriel-de-Valcartier	2000	
P3008 Pont-Rouge	2000	
P3009 Saint-Ubalde	2000	2008
P0311 Neuville	2001	2009
P3012 Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	2005	
P3013 Sainte-Brigitte-de-Laval	2004	
P3014 L'Ancienne-Lorette	2007	2009

Les personnes concernées apprécient grandement les blocs de formation continue que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale offre gratuitement aux services de premiers répondants des municipalités reconnues, en plus des recertifications sur l'utilisation du défibrillateur externe automatisé (DEA) et de l'EpiPen.

Tous les services de premiers répondants sont assidus à ce programme de formation continue.

## *Centre de communication santé des capitales (CCSC)*

L'Agence, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Centre de communication santé des capitales, a annoncé officiellement à la Ville de Québec qu'elle met fin à l'entente la liant au logiciel de répartition assistée par ordinateur (RAO) qu'elle utilise. En cours d'année 2011-2012, elle lancera un appel d'offres pour acquérir son propre logiciel de RAO.

## *Objectifs 2011-2012*

En ce qui concerne les TAP, nous prévoyons terminer la formation sur l'appréciation de la condition clinique préhospitalière et celle sur la dyspnée d'origine cardiaque probable. Cette dernière sera complétée par deux jours de formation supplémentaires.

De plus, au cours de la prochaine année, l'Agence, de concert avec l'IUCPQ, L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ et l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis, mettra sur pied un programme de transmission de l'électrocardiogramme 12 dérivations (ECG-12D), afin que les patients ayant des signes et symptômes d'infarctus du myocarde soient dirigés directement vers un des deux centres d'hémodynamie de la région de la Capitale-Nationale. Le but est d'appliquer le protocole d'angioplastie primaire le plus rapidement possible afin de diminuer la morbidité et la mortalité dans la région.

Finalement, des démarches seront effectuées pour lancer un appel d'offres public pour l'acquisition d'un nouveau logiciel de répartition assistée par ordinateur (RAO).



### ***3.10 Sécurité civile sociosanitaire***

Le dossier de la sécurité civile, à l'échelle régionale, a nécessité de multiples rencontres avec nos partenaires du réseau sociosanitaire et nos partenaires externes afin de poursuivre l'optimisation du niveau de préparation en contexte de sinistre.

La participation de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale à des simulations permet de valider l'efficacité des plans élaborés et d'y apporter des correctifs, si requis. Les protocoles rédigés concernant un soutien informatique permettent aux personnes qui assurent la garde jour et nuit de donner une réponse standardisée, et leur donnent accès à un bottin téléphonique mis à jour continuellement.

Divers événements survenus en cours d'année ont requis une coordination régionale : par exemple, l'épisode de chaleur accablante de juillet 2010 et le renversement du camion de propane sur l'autoroute 73. Plusieurs dossiers sont en chantier pour la prochaine année, notamment la gestion du risque de pénurie d'eau et le dossier CBRN (chimique, biologique, radiologique et nucléaire).

Afin d'assurer la continuité opérationnelle de l'Agence, les services essentiels ont été déterminés et des travaux sont en cours pour établir un plan de relève. De plus, des outils favorisant la réaction adéquate en contexte de mesures d'urgence ont été élaborés pour les deux bureaux de l'Agence, et le personnel a été informé de leur existence.

### ***3.11 Application de la procédure d'examen des plaintes et d'amélioration de la qualité des services***

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les usagers ou leurs représentants peuvent porter plainte auprès du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services s'ils sont insatisfaits des services reçus ou qu'ils auraient dû recevoir des instances suivantes : organismes communautaires, résidences privées pour personnes âgées, ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique, services préhospitaliers d'urgence et Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, pour ses activités ou fonctions qui concernent personnellement les plaignants.

En 2010-2011, le commissaire régional a traité 63 plaintes en provenance d'usagers ou de leurs représentants, dont 60 ont été réglées et 3 étaient en cours de traitement au 31 mars 2011, tel que cela est présenté au tableau 1. Dans une proportion de 79,9 %, les plaintes ont été réglées (48) à l'intérieur des 45 jours souhaités par le régime d'examen des plaintes. Une seule plainte a entraîné un recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. Les plaintes reçues en cours d'année (58) concernaient principalement les résidences pour personnes âgées (43 %) et les services préhospitaliers d'urgence (21 %), suivis de l'Agence (19 %), des organismes communautaires (14 %) et des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique (3 %).

Dans les 60 plaintes réglées, 153 motifs d'insatisfaction ont été invoqués par les usagers ou leurs représentants, dont 143 ont été retenus pour examen. De ce nombre, 77 motifs ont entraîné 149 mesures correctives, dont 44 engagements de l'organisme visé et 105 recommandations du commissaire régional. Au 31 mars 2011, les mesures correctives étaient implantées par l'organisme visé ou étaient en voie de l'être dans une proportion de 97 %.



En 2010-2011, le commissaire régional a reçu 58 signalements en provenance de la population ou des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, dont 33 ont entraîné une intervention du commissaire auprès de l'organisme visé. Les interventions terminées en 2010-2011 (33) ont concerné presque essentiellement les résidences pour personnes âgées (91 %), suivies des organismes communautaires (6 %) et des services préhospitaliers d'urgence (3 %).

Les 33 interventions terminées visaient 66 motifs d'insatisfaction invoqués et retenus pour examen. De ce nombre, 27 motifs ont entraîné 34 mesures correctives, dont 24 engagements de l'organisme visé et 10 recommandations du commissaire régional. Au 31 mars 2011, les mesures correctives étaient toutes implantées par l'organisme visé ou étaient en voie de l'être.

Conformément à son mandat, le bureau du commissaire régional a répondu à 232 demandes d'assistance de la population (soutien à une démarche) et à 17 demandes de consultation (avis) de la part des commissaires locaux et des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

**TABLEAU 1**  
**Nombre de plaintes en 2010-2011 selon leur statut au 31 mars 2011**

Plaintes en voie de traitement le 1 <sup>er</sup> avril 2010	Plaintes reçues en 2010-2011	Plaintes totales à traiter	Plaintes réglées	Plaintes en voie de traitement le 31 mars 2011
5	58	63	60	3

### ***3.12 Réorganisation des laboratoires***

Comme énoncé dans les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux, le projet de transfert des analyses à délai normal de la région de la Capitale-Nationale vers deux centres suprarégionaux est amorcé. Les CSSS de Charlevoix et de Québec-Nord ont effectué, avec le CHA, une réorganisation de leurs activités de laboratoire impliquant un redéploiement de certains services cliniques au CHA. La centralisation vers les laboratoires de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus est complétée. Ce projet autofinancé permet de faire des économies sans diminuer les services à la population. Le CHUQ a terminé la phase I de sa réorganisation, qui consistait à centraliser les analyses à délai normal de l'Hôtel-Dieu de Québec et de l'Hôpital Saint-François d'Assise au CHUL. Cette première étape a permis de réaliser des économies importantes. Les travaux de la phase II de la centralisation du CHUQ et de ses partenaires par l'intermédiaire de son corridor de services ont débuté avec l'annonce de la prise en charge de la gestion du laboratoire de l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's par le CHUQ.

### ***3.13 Circuit du médicament***

Dans le cadre du projet ministériel d'implantation des systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) dans les établissements de santé, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a mis sur pied, à l'hiver 2007, une équipe de gestion de projet pour l'optimisation du circuit du médicament. Cette équipe de professionnels et de gestionnaires regroupe des intervenants qui assument déjà des fonctions clés dans les domaines pharmaceutiques et infirmiers. Ce projet du circuit du médicament couvre l'ensemble des activités liées aux médicaments, allant de l'élaboration des listes de médicaments pouvant être utilisés dans l'établissement jusqu'à la déclaration



d'incidents-accidents en passant par l'approvisionnement, la prescription, les soins pharmaceutiques, l'administration des médicaments ainsi que le suivi thérapeutique. Certaines de ces activités nécessitent l'acquisition d'équipement prévu par le projet SARDM, alors que d'autres nécessitent des actions locales de réorganisation du travail.

En mai 2007, le Forum des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de la région de la Capitale-Nationale a entériné un plan d'action quinquennal en rapport avec le projet SARDM. La complexité du dossier a mené le ministère de la Santé et des Services sociaux à revoir l'échéancier global du projet, qui est maintenant découpé en phases. Pour chaque phase du projet, l'Agence doit déposer au Ministère un plan de réalisation. Le plan de réalisation de la phase I, qui s'est finalisé au tout début d'avril 2010, totalisait des coûts de 17 763 947 \$.

Le plan de réalisation de la phase II, qui s'échelonne jusqu'au 31 mars 2012, totalise des coûts de 5 375 503 \$.

### ***3.14 Complémentarité des services médicaux spécialisés***

Pour l'année 2010-2011, sur le plan de la complémentarité des services médicaux spécialisés, soulignons les réalisations suivantes :

- Le dépôt d'un rapport sur l'organisation régionale des services d'endocrinologie;
- La consolidation des services de deuxième ligne en procréation médicalement assistée (PMA) au CHUQ pour répondre à l'augmentation attendue de la demande de ces services engendrée par leur couverture publique depuis le 5 août 2010;
- Le dépôt d'un rapport sur la définition de la problématique dans les services de première ligne en pédiatrie;
- L'avis favorable de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale au plan d'affaires en PMA du CHUQ, qui a été par la suite déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux. L'analyse du projet par le Ministère a amené ce dernier à émettre un avis favorable habilitant l'Agence à autoriser le CHUQ à procéder à l'élaboration d'un programme fonctionnel et technique (PFT) pour la validation des volets immobilisation et équipement du projet;
- La conclusion d'une entente de service formelle avec la région de la Chaudière-Appalaches pour des services de téléneurologie soutenus par le CHUQ au CSSS de Beauce;
- Le déploiement du volet 2 de la phase I du projet de développement des sciences neurologiques au CHA, visant la consolidation des secteurs d'excellence du programme par l'acquisition d'équipement médical et par l'ajout de ressources professionnelles;
- La mise en œuvre du chantier sur la planification quinquennale 2011-2015 du plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en spécialités ainsi que le dépôt du volet 2011 de ces travaux.



### 3.15 Programme de lutte contre le cancer

Pour l'année 2010-2011, voici les principaux chantiers de travail qui ont demandé des efforts particuliers :

- Transfert administratif des infirmières pivots en oncologie (IPO) des CSSS vers le CHUQ et le CHA;
- Maintien d'une IPO dans la communauté au CSSS de la Vieille-Capitale et d'une autre au CSSS de Québec-Nord;
- Parution en novembre du premier bulletin *En lutte*;
- Nomination en novembre du président du Comité régional de lutte contre le cancer, le D<sup>r</sup> Rosaire Vaillancourt;
- Visite en cours de toutes les équipes désignées de niveau 3 et de niveau 4 avec le président et la répondante régionale du Programme québécois de lutte contre le cancer, visite qui combine à la fois un suivi des équipes et une démarche préparatoire au prochain cycle de certification en 2012;
- Élaboration en cours du programme régional de lutte contre le cancer 2012-2017;
- Projet de démonstration conjoint CHUQ-CHA sur le dépistage du cancer colorectal;
- Première phase du déploiement du Registre québécois du cancer, volet pathologie;
- Changement de trois accélérateurs au Département de radio-oncologie, débuté en janvier, travaux prévus sur 20 mois;
- Budget octroyé par le Ministère pour la mise en place de la curiethérapie au Centre de recherche clinique et évaluative en oncologie (CRCEO) du CHUQ;
- Rapport final du projet de recherche-action portant sur le bénévolat à domicile auprès des personnes en soins palliatifs;
- Rapport final sur le Cadre de référence sur la détermination de l'intensité des soins.

### 3.16 Services médicaux de première ligne

Le développement des services médicaux de première ligne en 2010-2011 s'est poursuivi. Un nouveau groupe de médecine de famille (GMF) accrédité s'est ajouté à la liste, portant leur nombre à 28. Une clinique médicale a déposé une lettre indiquant son intention de devenir GMF. Le projet est à l'étude. Aux termes des travaux, la région de la Capitale-Nationale pourrait compter 29 GMF, la cible étant de 30. Un total de 389 799 personnes sont inscrites en GMF. Tout près de 414 médecins sont regroupés en GMF et travaillent en étroite collaboration avec plus de 70 infirmières cliniciennes. Les collaborations professionnelles se développent et enrichissent le travail en interdisciplinarité.

En outre, la région de la Capitale-Nationale compte huit cliniques-réseau Québec (CRQ) au total. Dans la dernière année, deux lettres d'intention ont été déposées à l'Agence par des organisations souhaitant implanter des cliniques-réseau, ce qui permettrait d'atteindre la cible visée de dix CRQ. Un premier projet se situe dans le secteur Montcalm sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale et l'autre, dans le secteur de Charlesbourg Nord, sur le territoire du CSSS de Québec-Nord. Un modèle de collaboration GMF-CRQ est en élaboration dans le but de permettre à certains GMF et CRQ situés à proximité d'offrir une plus grande accessibilité aux services médicaux de première ligne à la population de leur territoire. La couverture des heures défavorables serait assurée par un réseau médical formé de trois à quatre GMF associés à une CRQ. Cette mise en réseau permettrait d'offrir des services médicaux 365 jours par année et de répartir l'accessibilité équitablement dans la région de Québec. Ces ententes réseau faciliteront le



renouvellement des GMF et des CRQ. Le modèle CRQ a été révisé sur le plan de sa structure financière et de son offre de service. Le budget de fonctionnement d'une CRQ a été rehaussé afin de lui permettre d'assurer les services en fonction de son niveau d'achalandage.

Par ailleurs, quatre guichets d'accès pour la clientèle vulnérable sans médecin de famille sont en activité. Plus de 6 002 patients y sont inscrits et 3 409 patients ont été pris en charge par un médecin de famille depuis leur ouverture. Les coordonnateurs médicaux locaux et leur équipe en assurent la gestion quotidienne dans les CSSS de la Capitale-Nationale. Ces guichets permettent à la clientèle vulnérable sans médecin de famille ayant besoin de soins médicaux dans des délais de moins de six mois (P1, P2, P3) d'être prise en charge et suivie par un médecin de famille de la région. Rappelons que ces services médicaux sont offerts par des médecins volontaires.

### ***3.17 Dossier de santé du Québec (DSQ)***

Dans le cadre du projet pilote Dossier de santé du Québec (DSQ), pour le volet médicament, le pilotage en alimentation et consultation du médicament s'est complété avec l'ajout de huit pharmacies en 2010 et s'est conclu avec succès. Donc, dès septembre 2010, la solution technologique DSQ et les applications locales en pharmacies étaient prêtes pour la phase de « montée en charge », c'est-à-dire l'élargissement à tout le territoire de la Capitale-Nationale. À ce sujet, les négociations avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) sont toujours en cours.

Toujours dans le volet médicament, la fonctionnalité d'ordonnance électronique a été développée en 2010. Le pilotage de l'ordonnance électronique a débuté à l'automne 2010 en milieux cliniques. Il reste à confirmer cette étape avec les fournisseurs en GMF et ceux en pharmacies. L'éventuel ajout de pharmacies communautaires permettra de finaliser cette étape du projet pilote.

En parallèle, les travaux de préparation pour le pilotage en laboratoire sont terminés. Les laboratoires ciblés pour l'alimentation du DSQ sont ceux du CHA et celui du CHUL au CHUQ. En février 2011, le pilotage de l'alimentation du DSQ a débuté avec les résultats en provenance de ces laboratoires. Ce pilotage implique la contribution des pilotes de laboratoires des établissements afin de valider l'intégrité des données ainsi que le processus d'alimentation du DSQ. Un problème rencontré sur le plan de l'identification des usagers a eu un effet sur le pourcentage de résultats de laboratoire disponibles dans le DSQ. Le pilotage laboratoire en milieux cliniques est quant à lui en préparation. Quatre milieux cliniques collaboreront à cette phase en consultant les résultats de laboratoire avec le visualiseur DSQ.

Le pilotage des résultats d'imagerie médicale en milieux cliniques est prévu pour septembre 2011.

### ***3.18 Stratégie régionale de main-d'œuvre et planification de main-d'œuvre***

La stratégie régionale de main-d'œuvre a permis d'atteindre de nouveaux objectifs cette année. Le travail avec nos partenaires de l'éducation et d'Emploi-Québec nous a permis de bien comprendre et de voir venir les défis qui se présentent à nous sur le marché de l'emploi. La diminution des cohortes étudiantes, jumelée avec le vieillissement de la population, nous amène à travailler la valorisation des carrières en santé et en services sociaux. Afin de combler nos besoins de nouvelle main-d'œuvre, nous avons :

- Conçu et mis à la disposition des intervenants en orientation scolaire une trousse pédagogique;



- Augmenté la capacité d'accueil du programme Jeunes explorateurs d'un jour;
- Renouvelé le concept des activités interactives de promotion des formations et des carrières.

Pour une troisième année, une campagne de publicité faisant la promotion des métiers de la santé et des services sociaux destinée aux jeunes a été réalisée.

Pour le développement du lien formation-emploi, nous avons conçu un programme d'externat en techniques d'éducation spécialisée. À ce chapitre, nous avons noté une hausse de l'externat en soins infirmiers de 36 % de même qu'une hausse de l'emploi étudiant qui devrait atteindre 400 étudiants à l'été 2011.

Un de nos grands chantiers est celui des places de stage. L'augmentation de la persévérance scolaire et le succès de nos travaux créent une pression sur notre capacité à former. Les travaux de la prochaine année nous permettront d'établir une vision commune avec les directions des soins infirmiers et les directions de l'enseignement.

Nos autres travaux sont en rapport avec l'employeur de choix, les projets d'organisation du travail et le développement de l'approche ressources humaines, partenaires d'affaires.

### ***3.19 Technocentre régional***

Le Technocentre régional est dans l'atteinte des trois grands objectifs indiqués dans le rapport annuel de 2008-2009, soit :

- Améliorer le service à la clientèle et la gouvernance des activités opérationnelles (incidents, projets et changements) du Technocentre régional (TCR);
- Assurer l'évolution de l'organisation technologique et logistique de l'infrastructure (salle des serveurs) exploitée et supportée au TCR;
- Revoir le processus de gestion financière pour assurer une facturation équitable des services du TCR en fonction de ses activités d'hébergement pour le réseau ainsi que de celles des fournisseurs de services technologiques à ses divers clients.

En 2010-2011, le TCR a investi des efforts importants dans de nouveaux dossiers et la finalisation de projets débutés en 2009-2010.

Les principaux projets ont été les suivants :

- Migration des 114 sites de la région vers le Réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM) en collaboration avec les établissements, la Sogique, le Centre de services partagés du Québec (CSPQ), le ministère de la Santé et des Services sociaux et la compagnie Telus;
- Formalisation de la gouvernance de l'infrastructure du Dossier de santé du Québec hébergées au TCR;
- Développement de l'architecture technologique et implantation de l'infrastructure du plan d'intervention pour la transmission des données de télémétrie des électrocardiogrammes vers une unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (SPU);
- Collaboration au déploiement de la dictée numérique (architecture et soutien technique).



Au cours de la dernière année, le TCR a instauré ou amélioré les processus de travail suivants :

- Implantation d'une pratique de gestion des changements technologiques;
- Révision de la structure administrative, de la composition de l'équipe et des activités du Centre de services à la clientèle;
- Implantation d'un processus formel et d'outils de gestion des événements (surveillance et alerte);
- Implantation d'un processus formel de gestion des ententes de service (hébergement, exploitation et assignation fixe);
- Optimisation du processus de renouvellement des postes informatiques de l'Agence en fonction de l'enveloppe de maintien des actifs;
- Optimisation des processus administratifs d'allocation du temps, de gestion budgétaire et de facturation.

Il a aussi mis à niveau certains éléments de l'infrastructure technologique :

- Aménagement physique de la salle des serveurs;
- Virtualisation de 40 % des 300 serveurs;
- Augmentation de la capacité électrique d'appoint de la salle des serveurs;
- Rehaussement du système téléphonique de l'Agence;
- Rehaussement de la sécurité de la salle des serveurs et du câblage de télécommunications de la Direction régionale de santé publique.

En plus de mener les projets mentionnés ci-dessus, les ressources du TCR ont répondu à 16 992 demandes de service.

## ***3.20 Plan régional d'informatisation***

### ***Bureau de la gouvernance régionale des technologies de l'information***

L'année 2010-2011 a permis de mettre en place les bases du Bureau de la gouvernance régionale des technologies de l'information (BGRTI). Un modèle de gouvernance des ressources informationnelles et un plan de transition ont été approuvés par les directeurs généraux des établissements. Un directeur régional des technologies de l'information a aussi été recruté.

### ***Imagerie – Répertoire d'imagerie diagnostique***

En 2010-2011, les images numériques de radiologie des régions de la Gaspésie, du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord, des Îles-de-la-Madeleine et de la Capitale-Nationale ont été ajoutées au Répertoire d'imagerie diagnostique (RID) du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval situé au CHUQ et au CHA. Pour la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 50 % des données numériques ont aussi été intégrées. En 2011-2012, les données de la région de la Chaudière-Appalaches seront incorporées au RID du RUIS.

### ***Imagerie diagnostique Mammographie***

Le déploiement de l'équipement (stations et consoles) nécessaire à la mammographie numérique a été complété dans les établissements suivants : CHUQ, CSSS de Charlevoix, CHA et CSSS de Portneuf.



### ***Imagerie – Système d’information radiologique***

L’intégration de la requête (Prescription du médecin) en provenance du Système d’information radiologique (SIR) à la bibliothèque d’images numériques radiologiques (PACS local) a été effectuée dans sept des dix établissements de la région (CSSS de la Vieille-Capitale, CSSS de Québec-Nord, CSSS de Portneuf, CSSS de Charlevoix, Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid’s, IRDPQ, IUSMQ), cela facilitant aux radiologistes la lecture des données directement dans le PACS.

### ***Imagerie – Dictée numérique radiologique interopérable***

Le déploiement d’une dictée numérique radiologique interopérable permettant l’échange d’information en temps réel entre les installations du CHA, du CSSS de Portneuf, du CSSS de Québec-Nord, de l’IUSMQ et de la Clinique Audet fut une réussite. Cela permet la production des données cruciales dès la lecture de l’image radiologique par le radiologiste, peu importe l’endroit où il effectue la lecture.

### ***Système d’information sur les usagers en santé mentale***

Le projet du Système d’information sur les usagers en santé mentale (SIU) complété dans sa première phase le 31 mars 2010 s’est poursuivi avec des améliorations. Le Centre de prévention du suicide de Québec a été inclus au début 2011 comme nouveau partenaire et un développement de la partie de l’application touchant la pédopsychiatrie est en cours. Présentement, 7 750 consentements ont été acceptés, soit l’équivalent de 85 % des usagers. Le consentement permet en cas de besoin un accès au dossier par plus d’un intervenant clinique. Quelque 1 036 intervenants différents utilisent le SIU.

## ***3.21 Forum de la population***

Aucune rencontre du Forum de la population n’a eu lieu cette année. L’Agence a entrepris au cours de la dernière année, avec la Conférence régionale des élus, la révision de la composition des membres de ce forum. Ce travail a cependant été mis de côté dans l’attente de l’adoption du projet de loi 127 qui, dans sa version initiale, apportait des changements importants à cette organisation.

## ***3.21 Charlevoix***

Depuis 2005, il existe de nouvelles normes de sécurité des bâtiments relativement aux activités sismiques. Les installations du CSSS de Charlevoix, comme celles de tous les autres établissements du réseau de la santé, doivent s’y conformer lors d’une rénovation majeure. Ces nouvelles normes précisent qu’un hôpital doit résister à tous les types de séismes, puisqu’il devient, lors de tels événements, le centre voué à répondre aux besoins de la population et des personnes blessées.

En effet, un hôpital est considéré comme un bâtiment de protection civile, et les normes sismiques pour ce type de bâtiment sont différentes que pour les autres bâtiments publics, comme les écoles et les édifices administratifs. En cas de séisme, les édifices publics doivent évidemment être sécuritaires et permettre l’évacuation des personnes en cas d’urgence, mais un hôpital doit en plus pouvoir poursuivre ses activités et prodiguer les soins requis par la population. Pour ce faire, il doit respecter les plus hauts standards en matière de protection contre les séismes.



Dans le cadre de travaux de rénovation effectués dans les hôpitaux de La Malbaie et de Baie-Saint-Paul, différentes études ont été menées et validées par de nombreux experts reconnus. Les résultats des études ont révélé une situation préoccupante pour ces hôpitaux, d'autant plus que la région de Charlevoix est située sur une zone sismique parmi les plus actives au Canada.

Le 4 septembre 2010, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le D<sup>r</sup> Yves Bolduc, a ainsi annoncé la démolition de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul, le bâtiment étant non adapté au contexte sismique de Charlevoix en plus d'être techniquement et économiquement non réhabilitable. Du même coup, le ministre annonçait en septembre que l'Hôpital de La Malbaie devait subir des travaux de renforcement sismique pour assurer la poursuite de ses activités.

Des comités ont été formés afin de mener à terme les différents volets du projet, soit la réhabilitation parasismique de l'Hôpital de La Malbaie, la « relocalisation » de la clientèle et des services offerts à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul et la révision de l'offre et de l'organisation des services du CSSS de Charlevoix.

Pour ce dernier volet, l'Agence et le CSSS de Charlevoix ont obtenu le mandat de fournir au ministre différents scénarios de redéploiement des services sur le territoire charlevoisien. Ces scénarios, de même que les résultats de la consultation effectuée auprès des principaux acteurs de la région, ont été soumis au ministre le 21 décembre 2010.

Parallèlement à ces travaux, on a commandé à des ingénieurs une analyse du niveau de risques représenté par le maintien temporaire de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul, en attendant la relocalisation définitive dans la nouvelle installation.

En conférence de presse le 17 janvier 2011, le ministre a fait part de sa décision quant à l'avenir des services de santé et des services sociaux dans Charlevoix. Cette décision repose sur trois grands chantiers :

- La construction d'un nouvel hôpital à Baie-Saint-Paul, comprenant une urgence, un bloc opératoire comptant deux salles d'opération, des lits d'hospitalisation en soins de courte durée et en psychiatrie ainsi que des places d'hébergement en soins de longue durée;
- La poursuite des travaux de rehaussement parasismique à l'Hôpital de La Malbaie, effectués afin d'assurer la sécurité des patients, du personnel et des médecins et de protéger les actifs;
- Une demande du ministre au CSSS de Charlevoix et à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale de lui soumettre un projet pour un nouvel hôpital à La Malbaie.

À la suite de l'annonce du ministre, le CSSS de Charlevoix s'est attaqué à la conception de son plan clinique d'organisation des soins et des services. Ce plan clinique devra proposer une organisation efficiente des soins de santé et des services sociaux visant une complémentarité accrue des services cliniques dans les installations Est et Ouest du CSSS. À la fin de l'année 2010-2011, le CSSS de Charlevoix s'apprêtait à déposer ce plan clinique, assise sur laquelle les prochaines étapes de la construction des deux nouveaux édifices s'appuieront.



## ***4. Données financières***



## 4.1 Données financières relatives aux établissements de la région et aux organismes communautaires subventionnés par l'Agence

### 4.1.1 Budget net de fonctionnement des établissements

Code	Nom	Budget net de fonctionnement	Budget net de fonctionnement	Budget net écart	Surplus (déficit)	Surplus (déficit)	Écart
		2010-2011 (Note 1)	2009-2010 (Note 1)	2010-2011 et 2009-2010	Selon AS-471 2010-2011	Selon AS-471 2009-2010	2010-2011 et 2009-2010
Activités principales et accessoires							
CENTRES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE							
11042371	Centre hospitalier universitaire de Québec	480 109 247 \$	469 763 743 \$	10 345 504 \$	(7 235 271 \$)	(9 687 377 \$)	2 452 106 \$
11888062	Institut universitaire en santé mentale de Québec	110 112 825 \$	111 444 462 \$	(1 331 637 \$)	694 603 \$	1 116 252 \$	(421 649 \$)
13163092	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec	283 429 883 \$	273 560 793 \$	9 869 090 \$	(376 462 \$)	(1 035 701 \$)	659 239 \$
13623616	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	179 551 965 \$	172 703 710 \$	6 848 255 \$	(954 912 \$)	(1 307 246 \$)	352 334 \$
	Sous-total	1 053 203 920 \$	1 027 472 708 \$	25 731 212 \$	(7 872 042 \$)	(10 914 072 \$)	3 042 030 \$
CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE							
12409991	Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's	23 725 381 \$	23 509 497 \$	215 884 \$	24 095 \$	(242 852 \$)	266 947 \$
	Sous-total	23 725 381 \$	23 509 497 \$	215 884 \$	24 095 \$	(242 852 \$)	266 947 \$
CENTRES DE RÉADAPTATION							
11042777	Centre de réadaptation Ubaldo Villeneuve	7 907 420 \$	7 802 122 \$	105 298 \$	149 774 \$	36 321 \$	113 453 \$
11042900	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec	54 009 512 \$	53 036 275 \$	973 237 \$	1 161 747 \$	1 208 113 \$	(46 366 \$)
11043908	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec	57 446 677 \$	57 287 174 \$	159 503 \$	1 325 082 \$	(486 394 \$)	1 811 476 \$
	Sous-total	119 363 609 \$	118 125 571 \$	1 238 038 \$	2 636 603 \$	758 040 \$	1 878 563 \$



Code	Nom	Budget net de fonctionnement	Budget net de fonctionnement	Budget net écart	Surplus (déficit)	Surplus (déficit)	Écart
		2010-2011 (Note 1)	2009-2010 (Note 1)	2010-2011 et 2009-2010	Selon AS-471 2010-2011	Selon AS-471 2009-2010	2010-2011 et 2009-2010
		Activités principales et accessoires					
<b>CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CSSS)</b>							
11043650	CSSS de Portneuf	39 952 098 \$	39 283 068 \$	669 030 \$	0 \$	402 329 \$	(402 329 \$)
11044153	CSSS de la Vieille-Capitale	193 547 434 \$	189 676 779 \$	3 870 655 \$	659 687 \$	706 871 \$	(47 184 \$)
11044161	CSSS de Québec-Nord	143 370 254 \$	142 310 596 \$	1 059 658 \$	36 688 \$	497 615 \$	(460 927 \$)
11044336	CSSS de Charlevoix	76 114 564 \$	75 573 079 \$	541 485 \$	117 481 \$	17 547 \$	99 934 \$
	Sous-total	452 984 350 \$	446 843 522 \$	6 140 828 \$	813 856 \$	1 624 362 \$	(810 506 \$)
<b>CENTRE DE PROTECTION ENFANCE-JEUNESSE - CENTRE DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION</b>							
11042868	Centre jeunesse de Québec	79 553 611 \$	78 625 679 \$	927 932 \$	2 725 847 \$	328 757 \$	2 397 090 \$
	Sous-total	79 553 611 \$	78 625 679 \$	927 932 \$	2 725 847 \$	328 757 \$	2 397 090 \$
<b>CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD) PRIVÉS CONVENTIONNÉS</b>							
11042520	Centre hospitalier Notre-Dame du Chemin	3 167 936 \$	3 134 231 \$	33 705 \$			
12399820	La Champenoise (La Corporation N.-D. de Bon-Secours)	485 767 \$	476 720 \$	9 047 \$			
13027073	Centre d'hébergement du Boisé	4 803 065 \$	4 776 996 \$	26 069 \$			
23190218	Le Centre d'accueil Nazareth	4 151 090 \$	4 067 958 \$	83 132 \$			
25457094	Hôpital Ste-Monique	3 739 026 \$	3 703 654 \$	35 372 \$			
27508456	Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes	18 202 408 \$	15 474 150 \$	2 728 258 \$			
28694321	Centre hospitalier Saint-François	2 090 013 \$	2 070 779 \$	19 234 \$			
51230175	Centre hospitalier Champlain des Montagnes	5 869 085 \$	5 654 533 \$	214 552 \$			
54583091	CHSLD Vigi de Saint-Augustin	5 535 203 \$	5 435 567 \$	99 636 \$			
	Sous-total	48 043 593 \$	44 794 588 \$	3 249 005 \$			



Code	Nom	Budget net de fonctionnement	Budget net de fonctionnement	Budget net écart	Surplus (déficit)	Surplus (déficit)	Écart
		2010-2011 (Note 1)	2009-2010 (Note 1)	2010-2011 et 2009-2010	Selon AS-471 2010-2011	Selon AS-471 2009-2010	2010-2011 et 2009-2010
		Activités principales et accessoires					
SOMMAIRE							
	CENTRES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE	1 053 203 920 \$	1 027 472 708 \$	25 731 212 \$	(7 872 042 \$)	(10 914 072 \$)	3 042 030 \$
	CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE	23 725 381 \$	23 509 497 \$	215 884 \$	24 095 \$	(242 852 \$)	266 947 \$
	CENTRES DE RÉADAPTATION	119 363 609 \$	118 125 571 \$	1 238 038 \$	2 636 603 \$	758 040 \$	1 878 563 \$
	CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	452 984 350 \$	446 843 522 \$	6 140 828 \$	813 856 \$	1 624 362 \$	(810 506 \$)
	CENTRE DE PROTECTION ENFANCE-JEUNESSE	79 553 611 \$	78 625 679 \$	927 932 \$	2 725 847 \$	328 757 \$	2 397 090 \$
	CENTRE DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION						
	CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE PRIVÉS CONVENTIONNÉS	48 043 593 \$	44 794 588 \$	3 249 005 \$			
	TOTAL	1 776 874 464 \$	1 739 371 565 \$	37 502 899 \$	(1 671 641 \$)	(8 445 765 \$)	6 774 124 \$

Note 1 : Ne tient compte que des sommes inscrites aux extrants budgétaires du système budgétaire et financier régionalisé (SBF-R).



## 4.1.2 *Ressources financières – Réseau*

### *Financement des services*

Au début de l'exercice, l'Agence a obtenu du financement additionnel pour couvrir l'augmentation des salaires du personnel et de son impact sur les régimes sociaux publics (33,4 M\$). De plus, une somme de 9,8 M\$ a été obtenue pour supporter la croissance des coûts des médicaments, des fournitures médicales et des volumes additionnels en activité cliniques.

Dans le cadre de la cible de réduction annoncée par le Ministère, l'Agence s'est vue imposer une diminution de crédits de 11,6 M\$ dont 1,2 M\$ se rapportent à la règle « un remplacement sur deux départs à la retraite » et 10,4 M\$ en diminution des dépenses de publicité, des frais de déplacement et de formation.

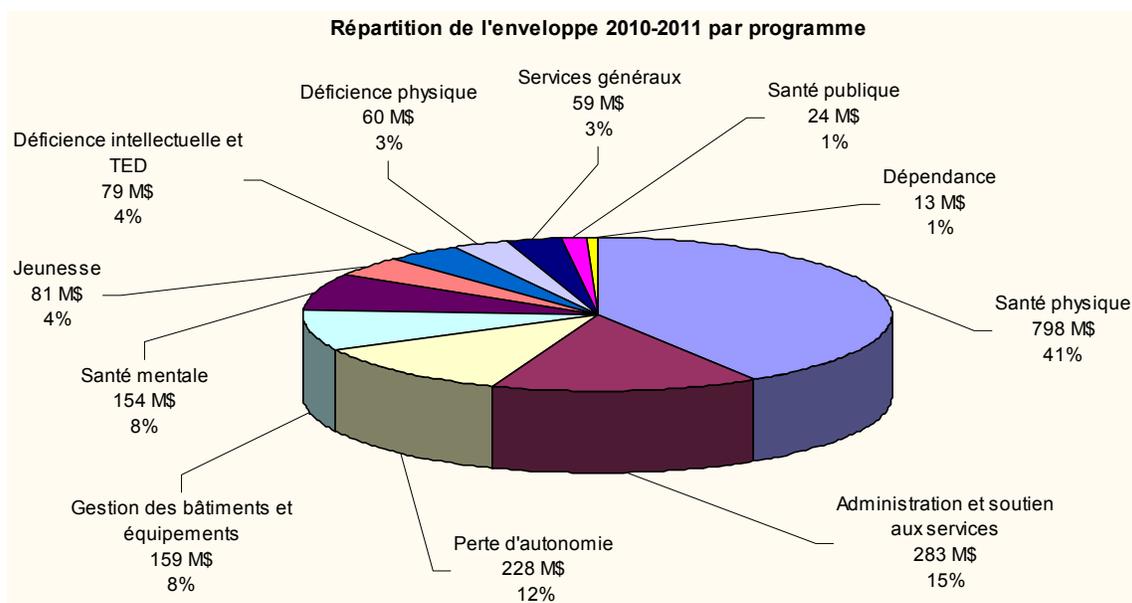
Au cours de l'exercice, le Ministère a accordé des budgets additionnels de 47,6 M\$, se répartissant comme suit :

	<b>M\$</b>
Santé physique	<b>36,8</b>
Administration et soutien aux services	<b>4,9</b>
Services généraux	<b>2,0</b>
Jeunesse	<b>0,9</b>
Perte d'autonomie	<b>0,8</b>
Santé publique	<b>0,8</b>
Dépendance	<b>0,6</b>
Déficience physique	<b>0,4</b>
Santé mentale	<b>0,3</b>
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	<b>0,1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>47,6</b>

Au chapitre de la santé physique, les sommes obtenues visent le financement des volumes additionnels en chirurgie (14,7 M\$) et des avantages au personnel clinique (mesures administratives et primes d'été : 6,6 M\$).

Le graphique suivant présente la répartition, par programme de service, de l'utilisation de l'enveloppe régionale pour l'exercice 2010-2011, qui totalise 1 938 M\$. Ce graphique précise notamment que nous avons investi 798 M\$ en santé physique, soit 41% de l'enveloppe régionale.





### *Suivi financier du réseau*

Pour l'année 2010-2011, la situation financière des établissements publics de la région de la Capitale-Nationale s'est améliorée par rapport à l'exercice précédent.

Aussi, les résultats financiers de l'ensemble du réseau pour l'exercice se terminant le 31 mars 2011 incluant les activités accessoires montrent un déficit global de 1 672 M\$<sup>8</sup>. Les établissements en déficit sont les suivants :

	Résultats 2010-2011	
	M\$	Cible déficitaire
CHUQ	7 235	7 275
CHA	0,376	1 002
IUCPQ	0,955	0,985

Au niveau régional, selon la reddition de compte réalisée ainsi que les résultats financiers de nos établissements à la fin de l'exercice, nous prévoyons l'atteinte de l'objectif visé par la loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre en 2013-2014 et la réduction de la dette.

### *Autorisation d'emprunt*

Au cours de l'année 2010-2011, l'Agence a émis trois autorisations d'emprunts pour des projets d'immobilisations autofinancés totalisant la somme de 9 893 696 \$, ce qui représente le montant initialement approuvé.

8. Toutefois, ces établissements ont respecté la cible déficitaire minimale qui leur avait été attribuée.



Établissements	Nombre d'emprunts	Emprunt total
CHUQ	1	4 900 000 \$
CSSS de Québec-Nord	1	593 696 \$
CHA	1	4 400 000 \$
Total	3	9 893 696 \$

### Immobilisations

Chaque année, le Ministère alloue à l'Agence un budget pour maintenir ou rénover le parc immobilier de sa région. Cet exercice permet à chaque établissement de préparer un Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI). Ainsi, pour l'année 2010-2011, la région a reçu 15 976 042 \$ pour le volet « rénovations fonctionnelles » pour les établissements autres que les CHSLD et 42 684 622 \$ pour le volet « maintien d'actifs ».

### Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière 2010-2013 Enveloppes budgétaires 2010-2011 accordées aux établissements

	Rénovations fonctionnelles	Maintien d'actifs
CSSS de Charlevoix	348 440 \$	1 655 150 \$
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	132 560 \$	727 790 \$
IUSMQ	1 658 110 \$	6 201 110 \$
CHA	1 962 610 \$	7 339 890 \$
IUCPQ	980 320 \$	3 666 250 \$
CSSS de la Vieille-Capitale	216 730 \$	3 028 700 \$
CSSS de Québec-Nord	208 370 \$	1 995 160 \$
CSSS de Portneuf	129 190 \$	1 036 510 \$
Agence de la Capitale-Nationale	30 070 \$	112 450 \$
Centre d'hébergement du Boisé Itée	0 \$	14 560 \$
CHUQ	2 975 760 \$	11 244 190 \$
IRD PQ	546 650 \$	2 044 390 \$
CRDI de Québec	107 340 \$	401 420 \$
CJQ	289 530 \$	1 082 810 \$
Frais de gestion alloués à l'Agence par le Ministère	225 000 \$	Sans objet
Réserve régionale pour projets spéciaux ou urgents	6 165 362 \$	2 134 152 \$
<b>Total :</b>	<b>15 976 042 \$</b>	<b>42 684 622 \$</b>

Ces attributions sont en fonction des sommes allouées par le Ministère pour l'exercice 2010-2011 sur la base de la valeur de remplacement ajustée des installations de chacun des établissements.

Les soldes non utilisés des réserves régionales en maintien d'actifs et en rénovations fonctionnelles pour les projets spéciaux ou urgents de l'exercice courant (2010-2011) seront ajoutés aux réserves du prochain exercice financier (2011-2012).

Les réserves régionales 2010-2011 des deux enveloppes ont été utilisées pour le financement des projets suivants :



**Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière 2010-2013**  
**Réserves régionales 2010-2011 engagées à ce jour par établissement et projet**

	<b>Rénovations fonctionnelles</b>	<b>Maintien d'actifs</b>
<b>CSSS de Charlevoix</b>		
Mise aux normes des pharmacies (SCAS)-SARDM de l'Hôpital de La Malbaie et de l'Hôpital de Baie-St-Paul	270 000 \$	
<b>Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's</b>		
Mise aux normes de la pharmacie de l'Hôpital Jeffery Hale	158 000 \$	
Aménagement d'Info-Social au 3 <sup>e</sup> étage de l'Hôpital Jeffery Hale	250 000 \$	
Réfection des murs de brique et remplacement des fenêtres au pavillon Jeffery Hale		1 750 000 \$
<b>IUSMQ</b>		
Aménager une 3 <sup>e</sup> et une 4 <sup>e</sup> unité de transition au pavillon Roy-Rousseau	500 000 \$	
Rendre sécuritaire la voie d'accès au pavillon Arthur-Vallée par l'installation d'un feu de circulation	100 000 \$	
Remboursement d'une avance MA-Ag de 104 790 \$ à même la réserve 2009-2010 pour projet (CPNSSS) réalisé au pavillon Arthur-Vallée		(104 790 \$)
Remboursement d'une avance MA-Ag de 71 760 \$ à même la réserve 2009-2010 pour projet (Service régional de pastorale) réalisé au pavillon Arthur-Vallée		(71 760 \$)
<b>CHA</b>		
Organisation régionale du service de l'unité de plastie à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus	165 000 \$	
Unité d'hémo-oncologie de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus	714 000 \$	
Remboursement pour avance de fonds de 867 000 \$ en 2009-2010 pour salles de mécanique à l'Hôpital du St-Sacrement. Remboursement de 173 400 \$ sur 5 ans (remboursement 1 de 5)	(173 400) \$	
<b>IUCPQ</b>		
Ajout d'une 3 <sup>e</sup> salle d'électrophysiologie	200 000 \$	
Aménagement pour la fibrose kystique adulte au pavillon Rousseau (comprends une avance de fonds de 500 000 \$). Remboursement à venir de 250 000 \$ sur 2 ans à partir de 2011-2012	1 000 000 \$	
<b>CSSS de la Vieille-Capitale</b>		
Réaménagement de la pharmacie pour l'ajout d'une 3 <sup>e</sup> ensacheuse au CHSLD Christ-Roi	300 000 \$	
<b>CSSS de Portneuf</b>		
Relocalisation de la pharmacie de l'Hôpital régional de Portneuf	340 000 \$	
<b>Agence de la Capitale-Nationale</b>		
Nouvelle maison des ambulanciers à l'Étape (montant additionnel pour la portion non récupérable des taxes à la suite des changements fiscaux de la CHQ)	10 500 \$	
<b>CHUQ</b>		
Contribution dans le cadre de l'acquisition du Centre d'accueil Nazareth par L'Hôtel-Dieu de Québec	330 000 \$	
Travaux de maintien d'actifs à la suite de l'acquisition du Centre d'accueil Nazareth		400 000 \$
Travaux de réaménagement pour la procréation assistée au CHUL	774 000 \$	
UMF de Saint-François d'Assise (effets dominos)	100 000 \$	



	Rénovations fonctionnelles	Maintien d'actifs
Travaux de maintien d'actifs reliés à l'aménagement de l'UMF de Saint-François d'Assise		200 000 \$
Dépistage néonatal sanguin à l'Hôpital Saint-François d'Assise	200 000 \$	
Remplacement du système d'alarme-incendie et installation de gicleurs à la Résidence Paul-Triquet		90 000 \$
Diagnostic moléculaire au CHUL	200 000 \$	
Climatisation des unités de vie de l'aile « D » de l'Hôpital Saint-François d'Assise	250 000 \$	
Remboursement pour avance de fonds de 1,855 M\$ en 2008-2009 pour circuit du médicament et installation d'appareils PACS. Remboursement de 371 000 \$ sur 5 ans (remboursement 2 de 5)	(371 000 \$)	
<b>CSSS de Québec-Nord</b>		
Renforcement parasismique du Centre d'hébergement Saint-Augustin		500 000 \$
<b>Centre jeunesse de Québec</b>		
Aménagement d'une salle multifonctionnelle et 8 bureaux au Mont d'Youville	200 000 \$	
<b>TOTAL DES ENGAGEMENTS 2010-2011</b>	<b>5 517 100 \$</b>	<b>2 763 450 \$</b>
<b>Total des réserves 2010-2011</b>	<b>6 165 362 \$</b>	<b>2 134 152 \$</b>
<b>Solde des réserves des années antérieures</b>	<b>2 486 405 \$</b>	<b>1 632 454 \$</b>
<b>Solde disponible à reporter en 2011-2012</b>	<b>3 134 667 \$</b>	<b>1 003 156 \$</b>

Par ailleurs, dans le cadre des projets de construction et de rénovations fonctionnelles de plus de 5 M\$, les projets suivants ont franchi les étapes suivantes :

#### Projets de plus de 5 M\$

Projet	Étape autorisée	Coûts connus au 31 mars 2011
HEJ – Pavillon des sciences neurologiques	Programme fonctionnel et technique (PFT)	
HEJ – Centre des maladies du sein		
Agrandissement de L'Hôtel-Dieu de Québec		
IUCPQ – Ajout d'une 3 <sup>e</sup> salle d'électrophysiologie		
IUCPQ – Relocalisation et ajout d'un 2 <sup>e</sup> tomodensitomètre		
CHUL – Clinique de procréation médicalement assistée		21,9 M\$
Centre de recherche de l'IUCPQ – Phase C de l'étape 3 (incluant équipement : 512 k\$)	Mise à l'étude	8,6 M\$
Rénovations majeures du Centre d'hébergement Saint-Augustin à Beauport	Mise à l'étude	25 M\$
Agrandissement du site Cardinal-Villeneuve de l'IRDPQ	Mise à l'étude	29,3 M\$
Phase préparatoire – Agrandissement de L'HDQ	Exécution	26,8 M\$
Rénovations fonctionnelles reliées au plan directeur immobilier de l'IUSMQ (Centre hospitalier Robert-Giffard) – Autofinancé	Exécution	40,93 M\$



De plus, le Ministère a accordé des montants dédiés spécifiquement à certains projets à priorité ministérielle aux établissements suivants :

*Centre hospitalier affilié universitaire de Québec*

- 714 000 \$ autorisés le 20 mai 2010 pour le financement partiel du projet de réaménagement du Centre d'hématologie et d'oncologie de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus;
- 3 674 250 \$ autorisés le 23 mars 2011 pour le financement du projet d'agrandissement et de réaménagement du service de pathologie de l'Hôpital du Saint-Sacrement.

*Centre hospitalier universitaire de Québec*

- 2 240 250 \$ autorisés le 3 mars 2011 pour le projet de développement des services de curiethérapie à L'Hôtel-Dieu de Québec.

*Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec*

- 125 000 \$ autorisés le 29 juillet 2010 pour la réalisation de mesures de développement durable (éclairage efficace).

*Équipement*

Attribution du solde du fonds régional en équipement 2010-2011	41 347 958 \$
Région 03 - Plan de conservation en équipement et mobilier - Volet équipement médical	27 441 918 \$
Région 03 - Plan de conservation en équipement et mobilier - Volet équipement non médical et mobilier	6 382 348 \$
Région 03 - Plan de maintien des actifs informationnels	3 959 318 \$
CHUQ - Appareil d'hémodynamie biplan au CHUL (part régionale)	500 000 \$
CHUQ - Station de télé néphrologie à L'HDQ pour superviser les sites hors région (part régionale)	26 775 \$
IUSMQ - Équipement médical (pavillon Roy-Rousseau - B200 et B300 est (part régionale)	238 000 \$
CHA - Équipement de laboratoire des sites du CSSS de Québec-Nord (part régionale)	112 500 \$
Région 03 - Réserve pour véhicules adaptés	300 000 \$
Jardins du Haut Saint-Laurent (1992) inc. - 64 lits électriques	230 000 \$
Réserve régionale - Volet équipement médical	2 121 186 \$
Réserve régionale - Volet équipement non médical et mobilier	35 913 \$
Enveloppe consolidation de services 2010-2011	1 271 569 \$
Région 03 - Réserve équipement en oxygénothérapie en CHSLD	20 000 \$
Région 03 - Réserve pour projet SARDM - Phase 2	558 580 \$
CHUQ et CHA - Réserve - Projet de dépistage colorectal	365 000 \$
CHUQ - Système automatisé d'immunohistochimie	134 000 \$
CSSS de Portneuf - Appareils d'échographie à l'urgence	55 000 \$
CHA - Acquisition d'un appareil de photophérèse extracorporelle	75 200 \$
Réserve non attribuée	63 789 \$



## Équipement

Autorisations particulières 2010-2011	29 254 110 \$
Allocation de la phase 2 de SARDM : Acquisition de l'équipement de pharmacie - Exercice 2010-2011	1 005 560 \$
Région 03 - Financer le rehaussement ou le remplacement des actifs informationnels désuets de l'Agence et des établissements - Exercice 2009-2010	3 546 010 \$
Région 03 - Financement des développements prévus en phase III du projet Actifs+ Réseau - (priorité ministérielle (PM))	1 300 000 \$
Région 03 - Compléter le financement des travaux prévus dans le cadre de la phase 2 du projet Panorama - (PM)	8 319 507 \$
Région 03 - Financement des travaux concernant le projet de Registre québécois du cancer (RQC) - Mise en place de cet actif d'intérêt commun - (PM)	2 433 000 \$
Région 03 - Financer la réécriture du logiciel TOXIN pour le Centre antipoison du Québec (CAPQ) - (PM)	1 500 000 \$
Région 03 - Compléter le financement des développements prévus en phase III du projet Actifs+ Réseau - (PM)	1 300 000 \$
CHUQ - Financer l'acquisition de l'équipement médical, du mobilier et du système d'information de laboratoire pour le Programme québécois de dépistage néonatal sanguin au CHUQ - (PM)	2 331 733 \$
CHA - Financer l'acquisition de l'équipement médical pour le volet 2 de la phase 1 du projet de développement des sciences neurologiques du CHA - (PM)	1 645 000 \$
IUCPQ - Financer l'acquisition de l'équipement médical spécialisé dans le cadre de l'ouverture d'une 3e salle dédiée à l'électrophysiologie cardiaque à l'IUCPQ - (PM)	2 400 000 \$
CSSS de la Vieille-Capitale - Acquisition de 40 ordinateurs fixes avec imprimantes dans le cadre de l'opération de rehaussement du réseau des unités de médecine de famille (UMF = 4) de l'Université Laval au CSSS de la Vieille-Capitale - (PM)	50 000 \$
CHUQ - Financer l'acquisition de 2 appareils échographiques au CHUQ dans le cadre du programme de procréation assistée - Exercice 2010-2011 (PM)	221 300 \$
CHUQ - Financer l'acquisition des appareils de curiethérapie et de radio-oncologie à L'HDQ du CHUQ - Exercice 2010-2011 - (PM)	3 202 000 \$
Autorisations particulières 2010-2011 (projet de construction centralisé de plus de 5 M\$)	587 000 \$
CSSS de Portneuf - Acquisition du mobilier et de l'équipement dans le cadre du projet de construction neuve du CHSLD de Pont-Rouge - (PM)	587 000 \$
Aides techniques aux personnes handicapées - Subvention récurrente 2010-2011	1 184 764 \$
IUCPQ - Aides à la ventilothérapie à domicile et appareils amortissables en oxygénothérapie - Récurrent (Fiduciaire national) : Acquisition ou renouvellement de l'équipement pour le service régional des soins respiratoires spécialisés à domicile	142 524 \$
IRD PQ - Compléter le financement 2010-2011 des Aides techniques des programmes « triporteurs, quadriporteurs, ambulateurs, tricycles et vélos adaptés » pour l'est de la province - (PM) (solde du budget de l'année 2009-2010)	1 042 240 \$
« Équipement - Soutien à domicile » - Subvention non récurrente 2010-2011	741 315 \$
Ensemble des CSSS - Équipement des aides techniques au service de soutien à domicile (SAD)	132 241 \$



### *Équipement*

CSSS de Québec-Nord - Fiduciaire Parc régional d'équipement technique - Financement achat d'équipement médical et des aides techniques nécessaires au soutien à domicile (allocation PQI 2009-2010, non récurrent) - Exercice 2010- 2011 - (PM)	396 723 \$
CSSS de Québec-Nord - PARC régional centralisé des aides techniques - Financement des appareils amortissables acquis en cours d'année relativement aux aides à la vie quotidienne et à la vie domestique - (PM) - Exercice 2010-2011	212 351 \$
Dépenses de nature capitalisable 2010-2011	4 108 465 \$
GRAND TOTAL	78 495 181 \$
Subventions de la Fondation canadienne pour l'innovation 2010-2011	
Financement de 17 projets divers	6 059 434 \$
TOTAL	6 059 434 \$



### 4.1.3 *Subventions aux organismes communautaires*

L'Agence s'est dotée, le 12 mars 1998 (résolution 45-CA-07), de la Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires. Cette politique a été mise à jour en décembre 2004. En adoptant cette politique, elle s'est donné des orientations et un cadre de référence dans ses rapports de partenariat avec les organismes communautaires qui agissent dans le secteur de la santé et des services sociaux dans la région de la Capitale-Nationale.

Cette politique précise notamment les modes de financement des organismes communautaires (principalement par le Programme de soutien aux organismes communautaires [PSOC]) ainsi que les critères d'admissibilité au financement et de reddition de comptes.

Le soutien financier accordé aux organismes communautaires pour l'année financière 2010-2011 l'a été dans le respect des orientations et des normes édictées par cette politique.

Type d'organismes communautaires au PSOC	Nombre d'organismes
Organismes en promotion et services	206
Organismes en maintien à domicile	29
<b>Total</b>	<b>235</b>

#### *Subventions aux organismes communautaires*

Sommaire	Subventions récurrentes		Subventions non récurrentes	Total	%
	\$	%			
PSOC					
Financement de base					
Aide et entraide	8 756 799 \$		0 \$		8 756 799 \$
Sensibilisation, promotion et défense des droits	1 654 865 \$		0 \$		1 654 865 \$
Hébergement communautaire	6 098 552 \$		0 \$		6 098 552 \$
Milieus de vie	13 691 891 \$		0 \$		13 691 891 \$
Financement par objectifs	6 372 501 \$		0 \$		6 372 501 \$
Sous-total	<b>36 574 608 \$</b>	92,55 %	<b>0 \$</b>	92,53 %	<b>36 574 608 \$</b>

#### PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Violence, abus et négligence envers les enfants et troubles de comportement des jeunes	14 270 \$		0 \$		14 270 \$
Violence faite aux femmes en milieu familial	34 323 \$		0 \$		34 323 \$
Toxicomanie	33 690 \$		0 \$		33 690 \$
Santé mentale	87 192 \$		0 \$		87 192 \$
Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées	108 247 \$		0 \$		108 247 \$



Sommaire	Subventions récurrentes		Subventions non récurrentes	Total	%
	\$	%			
Lutte à la pauvreté	129 341 \$		0 \$		129 341 \$
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	588 120 \$		0 \$		588 120 \$
Sous-total	<b>995 183 \$</b>	2,52 %	<b>0 \$</b>	2,52 %	<b>995 183 \$</b>

#### AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

Programme santé mentale	1 298 557 \$		0 \$		1 298 557 \$
Autres programmes	459 669 \$		0 \$		459 669 \$
Programme d'aide aux joueurs pathologiques	188 764 \$		0 \$		188 764 \$
Projets ponctuels			10 000 \$		10 000 \$
Sous-total	<b>1 946 990 \$</b>	4,93 %	<b>10 000 \$</b>	4,95 %	<b>1 956 990 \$</b>
TOTAL	<b>39 516 781 \$</b>	100,00 %	<b>10 000 \$</b>	100,00 %	<b>39 526 781 \$</b>



## 4.2 *Rapport de la direction*

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale 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 d'audit. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

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



---

Michel Fontaine  
Président-directeur général



---

Manon Bisson  
Directrice régionale du financement et des  
projets d'optimisation



## 4.3 *Rapport de l'auditeur indépendant et états financiers résumés de l'Agence*

### 4.3.1 *Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés*



#### **Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés**

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

Raymond Chabot Grant Thornton  
S.E.N.C.R.L.  
Bureau 200  
140, Grande Allée Est  
Québec (Québec) G1R 5P7

Téléphone : 418 647-3151  
Télécopieur : 418 647-5939  
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées, du fonds d'immobilisations et du fonds affectés cumulés au 31 mars 2011, les états des résultats et des soldes de fonds des mêmes fonds pour l'exercice terminé à cette date et l'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2010-2011 ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 22 juin 2011 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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 par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

#### **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 2 à la circulaire 2011-030 (03.01.61.19) 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 ».

Comptables agréés  
Membre de Grant Thornton International Ltd



### Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 2 à la circulaire 2011-030 (03.01.61.19) 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 la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2011.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 22 juin 2011. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors-cadre admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact n'a pu être déterminé pour les exercices 2011 et 2010, car l'information n'est pas disponible au sein de l'Agence.

Notre opinion avec réserves est aussi fondée sur le fait que les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation plutôt que comme une location-acquisition conformément à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du *Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés*, « Immobilisations corporelles louées ». L'impact de la non-comptabilisation au fonds d'immobilisations sur l'actif, le passif, le solde de fonds et les résultats pour les exercices 2011 et 2010 n'a pu être déterminé au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, 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 la Capitale-Nationale au 31 mars 2011 ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

*Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C.R. L.<sup>1</sup>*

Québec

Le 11 août 2011

---

<sup>1</sup> Comptable agréé auditeur permis n° 7461



### 4.3.2 *Fonds d'exploitation*

	<b>Résultats</b>			
	<b>Activités principales</b>		<b>Activités accessoires</b>	
	<b>Exercice courant</b>	<b>Exercice précédent</b>	<b>Exercice courant</b>	<b>Exercice précédent</b>
	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>
<b>PRODUITS</b>				
Subventions MSSS :				
Budget signifié	15 185 793	14 986 842	269 475	68 064
(Diminution) ou augmentation du financement	809 906	666 691		
Variation des revenus reportés - MSSS		-99 666		3 183
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	-151 734	-449		
	15 843 965	15 553 418	269 475	71 247
Revenus de placements	7 435	5 466	33 948	15 609
Revenus d'autres sources :				
Recouvrements	9 574	9 449		
Ventes de services	2 266 451	3 144 145		
Subventions du gouvernement fédéral	6 204	7 400		
Autres subventions	34 625		20 000	
Autres revenus	806 798	653 554	41 262	74 563
	18 975 052	19 373 432	364 685	161 419
<b>CHARGES D'EXPLOITATION</b>				
Salaires	9 903 436	9 916 218	48 918	48 804
Avantages sociaux	2 740 356	2 602 340	9 318	
Charges sociales	1 243 482	1 241 819	5 770	4 589
Frais de déplacement et d'inscription	129 532	182 811	383	1 054
Services achetés	1 136 281	1 344 219	13 557	10 934
Communications	262 611	304 221	35 245	75 460
Loyer	992 047	1 034 985		
Location d'équipement	77 562	72 884		
Fournitures de bureau	245 675	290 410		
Transferts à des établissements	44 000	42 486		
Autres frais	1 759 082	1 857 397	233 282	5 866
Transfert de frais généraux	-193 000	-193 000		
	18 341 064	18 696 790	346 473	146 707
	633 988	676 642	18 212	14 712
<b>EXCÉDENT</b>				
<b>Renseignement à titre informatif seulement</b>				
<b>Contributions de l'avoir propre et interfonds :</b>				
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	-276 155	-350 099		
Affectées à d'autres fonds (-)	-18 234			
Excédent après contributions affectées à d'autres fonds	339 599	326 543	18 212	14 712



### 4.3.3 *Fonds des activités régionalisées*

#### Résultats

	Exercice courant	Exercice précédent
	\$	\$
<b>PRODUITS</b>		
Crédits régionaux destinés aux établissements	7 051 631	5 850 885
Variation des revenus reportés - MSSS	1 239 516	3 790 698
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	158 690	-37 953
Contributions des établissements	138 662	1 532 262
Revenus de placements	67 405	34 584
Revenus d'autres sources :		
Ventes de services	555 260	785 835
Autres revenus	824 042	1 496 538
	<u>10 035 206</u>	<u>13 452 849</u>
<b>CHARGES D'EXPLOITATION</b>		
Salaires	3 103 182	2 774 127
Avantages sociaux	828 392	659 998
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	153 292	145 904
Charges sociales - autres	282 401	231 027
Frais de déplacement et d'inscription	54 062	48 879
Services achetés	1 830 831	3 462 216
Communications	262 310	333 061
Loyer	25 105	58 148
Location d'équipement	5 313	6 179
Fournitures de bureau	47 376	109 180
Autres charges	3 515 863	4 096 609
Transfert de frais généraux	193 000	193 000
	<u>10 301 127</u>	<u>12 118 328</u>
<b>EXCÉDENT (DÉFICIT)</b>	<u>-265 921</u>	<u>1 334 521</u>
Renseignement à titre informatif seulement		
Contributions de l'avoir propre et interfonds:		
En provenance du fonds d'exploitation (+)	18 234	
En provenance de fonds affectés (+)	175 106	
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	-274 852	
Déficit après contributions de l'avoir propre et interfonds	<u>-347 433</u>	



#### 4.3.4 *Fonds d'immobilisations*

##### Résultats

	Exercice courant	Exercice précédent
	\$	\$
<b>PRODUITS</b>		
Ministère de la santé et des services sociaux :		
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	11 193 615	21 991 706
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	10 977 832	12 255 833
Autres revenus	272 565	377 726
	<u>22 444 012</u>	<u>34 625 265</u>
<b>CHARGES</b>		
Frais d'intérêts :		
Corporation d'hébergement du Québec	783 445	3 350 287
Financement Québec	10 864 150	9 682 308
Dépenses non capitalisables financées à même les enveloppes décentralisées	293 448	225 000
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations	33 179	20 565
Amortissement - Immobilisations détenues au 31 mars 2008	17 665 738	22 292 809
Amortissement - Immobilisations acquises à compter du 1er avril 2008	1 605 798	773 854
Perte sur disposition d'immobilisations		2 347
	<u>31 245 758</u>	<u>36 347 170</u>
	<u>-8 801 746</u>	<u>-1 721 905</u>
<b>DÉFICIT</b>		
Renseignement à titre informatif seulement: Contributions		
Contributions en provenance du:		
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	276 155	350 099
Fonds des activités régionalisées (+)	274 852	104 436
De fonds affectés (+)	51 111	1 267 370
Déficit après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	<u>-8 199 628</u>	



### 4.3.5 *Fonds d'exploitation*

#### Solde de fonds

	Activités principales \$	Avoir propre \$	Total \$
<b>SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT</b>	724 612	2 668 847	3 393 459
Addition (déductions)			
<b>ACTIVITÉS PRINCIPALES :</b>			
Excédent de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	633 988		633 988
Transfert interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'immobilisations (-)		-276 155	-276 155
Contributions à d'autres fonds (-)		-18 234	-18 234
<b>ACTIVITÉS ACCESSOIRES :</b>			
Excédent de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)		18 212	18 212
<b>AUTRES ÉLÉMENTS :</b>			
Libération de surplus	-326 543	326 543	
Variation de l'exercice	307 445	50 366	357 811
<b>SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN</b>	1 032 057	2 719 213	3 751 270



#### 4.3.6 *Fonds d'immobilisations - Fonds des activités régionalisées*

##### Solde de fonds

	Fonds d'immobilisations \$	Fonds des activités régionalisées \$
<b>SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT</b>		8 465 315
<b>Addition (déductions)</b>		
Déficit de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	-8 801 746	-265 921
Transfert interfonds (provenance) :		
Contributions du fonds d'exploitation (+)	276 155	18 234
Contributions des activités régionalisées (+)	274 852	
Contributions de fonds affectés (+)	51 111	175 106
Transfert interfonds (affectations) :		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)		-274 852
Autres additions	8 199 628	
<b>Variation de l'exercice</b>		-347 433
<b>SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN</b>		8 117 882



### 4.3.7 *Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées*

	<b>Bilan</b>			
	<b>Fonds d'exploitation</b>		<b>Fonds des activités régionalisées</b>	
	<b>Exercice courant \$</b>	<b>Exercice précédent \$</b>	<b>Exercice courant \$</b>	<b>Exercice précédent \$</b>
<b>ACTIF</b>				
<b>À court terme</b>				
Encaisse	4 634 585	3 879 555	8 015 081	8 423 784
Débiteurs :				
MSSS	33 933	48 189	168 150	1 064 219
Établissements publics	76 820	109 204	23 212	1 328 890
Autres	960 158	1 420 745	1 100 878	97 801
	5 705 496	5 457 693	9 307 321	10 914 694
<b>Subvention à recevoir - réforme comptable</b>	1 345 365	1 497 099	317 563	158 873
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>	7 050 861	6 954 792	9 624 884	11 073 567
<b>PASSIF</b>				
<b>À court terme</b>				
Découvert de banque			274 212	185 131
Créditeurs :				
MSSS				
Établissements publics	126 889	14 344	208 365	883 143
Salaires courus à payer	280 014	611 380		
Autres	849 477	919 950	665 421	1 369 378
Revenus reportés - Gouvernement fédéral		5 866		
Autres revenus reportés	564 025	369 494		
Provision pour vacances et congés de maladie	1 453 762	1 608 584	353 376	169 671
Autres éléments	25 424	31 715	5 628	929
	3 299 591	3 561 333	1 507 002	2 608 252
<b>SOLDE DE FONDS</b>	3 751 270	3 393 459	8 117 882	8 465 315
<b>TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS</b>	7 050 861	6 954 792	9 624 884	11 073 567



### 4.3.8 *Fonds d'immobilisations*

#### Bilan

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
<b>ACTIF</b>		
À court terme		
Encaisse		
Avances de fonds aux établissements publics	73 325 792	60 090 964
Débiteurs MSSS	2 248 754	1 926 292
Autres éléments	869 160	720 863
À long terme		
Immobilisations	133 501 187	120 584 746
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	239 027 889	266 777 211
Frais reportés d'émission et d'escompte sur obligations	176 557	170 739
Autres éléments d'actifs	10 798 530	
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>	<b>459 947 869</b>	<b>450 270 815</b>
<b>PASSIF</b>		
À court terme		
Découvert de banque	476 381	368 125
Emprunts temporaires	211 438 972	169 943 802
Intérêts courus à payer :		
Financement Québec	2 493 119	2 284 339
Corporation d'hébergement du Québec	-244 365	-358 047
Autres éléments	2 365 475	
À long terme		
Provision pour vacances et congés de maladie	3 077	
Dette à long terme	243 415 210	278 032 596
<b>TOTAL DU PASSIF</b>	<b>459 947 869</b>	<b>450 270 815</b>
<b>SOLDE DE FONDS</b>		
<b>TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS</b>	<b>459 947 869</b>	<b>450 270 815</b>



### 4.3.9 Fonds affectés cumulés

#### Bilan

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
<b>ACTIF</b>		
À court terme		
Encaisse	6 122 651	6 588 566
Débiteurs :		
MSSS	1 272 463	3 196
Établissements publics		
Autres	314 624	414 892
Charges payées d'avance		
Autres éléments	10 596 430	
Total - actif à court terme	18 306 168	7 006 654
À long terme		
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	9 976	
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>	18 316 144	7 006 654
<b>PASSIF</b>		
À court terme		
Découvert de banque		127 719
Emprunts temporaires		
Intérêts courus à payer :		
Créditeurs et charges à payer :		
Établissements publics	14 878	12 061
Organismes	108 750	85 497
Autres	1 341 494	1 082 636
Provision pour vacances et congés de maladie	11 658	
Autres éléments	10 269 132	331 909
<b>TOTAL DU PASSIF</b>	11 745 912	1 639 822
<b>SOLDE DE FONDS</b>	6 570 232	5 366 832
<b>TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS</b>	18 316 144	7 006 654



### 4.3.10 *Fonds affectés cumulés*

#### Résultats

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
<b>PRODUITS</b>		
MSSS	40 116 404	36 154 387
Récupération par le Ministère		
Crédits régionaux	60 000	
Variation des revenus reportés - MSSS	499 840	708 780
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	9 975	-10 410
Revenus de placements	90 332	55 810
Revenus d'autres sources :		
Subventions du gouvernement fédéral	44 443	44 442
Autres subventions	12 445 234	1 035 622
Autres revenus	8 905 600	8 391 795
	62 171 828	46 380 426
<b>CHARGES</b>		
Établissements publics	4 366 838	748 210
Intérêts sur emprunts		
Charges d'exploitation :		
Salaires	146 159	174 881
Avantages sociaux	36 574	33 890
Charges sociales - Fonds de services de santé (FSS)	7 794	
Charges sociales - Autres	11 983	22 262
Frais de déplacement et d'inscription	62 914	681
Services achetés	1 245 222	3 561 083
Fournitures de bureau		2 990
Autres charges d'exploitation	10 271 794	7 724
Autres charges	44 592 931	44 120 511
	60 742 209	48 672 232
<b>EXCÉDENT (DÉFICIT)</b>	1 429 619	-2 291 806



### 4.3.11 Fonds affectés cumulés

#### Solde de fonds

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
<b>SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT</b>	5 366 830	9 131 086
Addition (déductions)		
Excédent (Déficit) de l'exercice	1 429 619	-2 291 806
Transfert interfonds (provenance) :		
Contributions des activités régionalisées (+)		-103 148
Transfert interfonds (affectations) :		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	-175 106	
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	-51 111	-1 267 370
Transferts interfonds		-101 930
Variation de l'exercice	1 203 402	-3 764 254
Redressements demandés par le MSSS		
<b>SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN</b>	<b>6 570 232</b>	<b>5 366 832</b>



### 4.3.12 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
<b>ENVELOPPE RÉGIONALE</b>		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2010-2011 inscrit dans le système SBF-R	1 938 153 452	1 889 574 467
<b>AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE</b>		
Allocations aux établissements	1 820 101 237	1 781 570 147
Allocations aux organismes communautaires	39 474 557	38 286 062
Allocations à d'autres organismes	20 730 818	16 511 667
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	1 880 306 612	1 836 367 876
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence	44 442 686	40 731 304
Autres	33 900	37 500
	1 924 783 198	1 877 136 680
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	13 370 254	12 437 787
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics :		
Comptes à payer signifiés	12 408 433	12 192 983
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics :		
Comptes à payer signifiés	481 393	
Comptes à payer non signifiés	99 784	
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	12 989 610	12 192 983
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	380 644	244 804
<b>ÉXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS</b>		
<hr/>		
Information additionnelle		
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R	162 907 045	27 815 173
Comptes à payer signifiés aux établissements	162 907 045	18 422 469



## 4.4 Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2010

### Note 1 – Résultats

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES est traité de la façon suivante :

- Le résultat se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 633 988 \$; il est imputé au solde des activités principales et est assujéti à la politique de libération du surplus.
- Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES se solde par un excédent des revenus sur les charges de 18 212 \$ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

### Note 2 - Statut et nature des opérations

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (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 assujéti aux impôts sur le revenu.

### Note 3 – Modification de conventions comptables

#### *Changement de référentiel comptable*

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

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

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

- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.
- Les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.



Au 31 mars 2010, le rapport financier annuel avait été établi conformément aux conventions comptables énoncées au Manuel de gestion financière (MGF) publié par le MSSS, lesquelles s'appuyaient sur les normes comptables canadiennes pour le secteur public.  
Le changement de référentiel comptable n'a eu aucune autre incidence sur les résultats de l'exercice précédent.

#### ***Note 4 – Description des principales conventions comptables***

##### *Conventions comptables*

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

##### *Utilisation d'estimations*

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

##### *Comptabilité d'exercice*

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

##### *Comptabilité par fonds*

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

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

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

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

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

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



### *Classification des activités*

La classification des activités 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 comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'une Agence est appelée à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le MSSS.

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

### *Centres d'activité*

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

### *Immobilisations*

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

Bâtiments	20 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Mobilier	5 ans
Matériel et équipements	3 à 5 ans
Équipements spécialisés	25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Selon la durée du bail ou de l'entente

### *Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts*

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

### *Avoir propre*

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le MSSS. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. L'avoir propre d'une Agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite (article 269.1 de la loi). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.



### *Revenus*

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

#### *De façon plus spécifique :*

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

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

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

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

#### *Autres revenus*

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

#### *Revenus d'intérêts*

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

#### *Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec*

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'établissement pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.



### *Note 5 – Régime de retraite*

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

### *Note 6 - Flux de trésorerie*

Pour l'exercice 2010-2011, les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés sont présentés à l'état des flux de trésorerie regroupés à la page 825 du rapport financier annuel.

### *Note 7 - Emprunt bancaire*

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée en immobilisations de 50 000 000 \$ et en équipements de 75 000 000 \$, sur la base d'un taux équivalent à celui des acceptations bancaires, d'un terme de 30 jours d'échéance majoré de 0,30 %. Ces crédits sont disponibles par voie de prêts à terme à taux fixes pour un montant minimum de 100 000 \$ et un terme de 30 jours. Pour les termes différents de 30 jours ou des montants inférieurs à 100 000 \$, une marge de crédit d'appoint est disponible.

Le montant inutilisé au 31 mars 2011 est de 50 708 381 \$, dont 19 692 196 \$ sur la marge de 50 000 000 \$ et 31 016 185 \$ sur la marge au montant de 75 000 000 \$.

De plus, l'Agence, au cours de l'exercice, a contracté une nouvelle marge de crédit particulière de 14 429 000 \$ autorisée dans le cadre du projet d'agrandissement et de rénovation du pavillon de l'Hôtel-Dieu de Québec.

### *Note 8 - Dette à long terme*

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

	<u>2011</u>
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt, variant entre 3,97 % et 6,31 % est payable semestriellement	243 415 211 \$

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

<b>Années</b>	<b>Montants</b>
2012	38 366 398 \$
2013	38 602 566 \$
2014	38 863 559 \$
2015	22 177 213 \$
2016	19 025 896 \$



## **Note 9 - Engagements**

L'Agence s'est engagée, avec la Corporation d'hébergement du Québec, en vertu d'un bail à long terme, échéant le 24 avril 2018 sur un immeuble. À l'échéance, l'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour deux (2) périodes additionnelles de cinq (5) ans.

L'Agence a également conclu, avec la Corporation d'hébergement du Québec, une location d'immeuble. Le bail débute le 12 novembre 2007 et se termine le 11 novembre 2022. L'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour une durée de cinq (5) ans.

De plus, en vertu d'un bail signé en mars 2008, l'Agence s'est engagée à utiliser des locaux situés à l'Aile « C » du Pavillon Arthur-Vallée de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Ce bail couvre la période du 1er septembre 2005 au 31 mars 2011. Au moins 12 mois avant la date d'échéance, à défaut de l'une ou l'autre des parties de signifier par lettre recommandée un avis de non-renouvellement en tout ou en partie, le bail se renouvelle d'année en année.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2011 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élèvent à 790 827 \$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2012	1 390 764 \$
2013	1 018 065 \$
2014	1 018 065 \$
2015	1 018 065 \$
2016	1 018 065 \$
2017 et subséquentes	3 904 285 \$
	9 367 309 \$

L'Agence s'est engagée, d'après des contrats de location à long terme échéant jusqu'en 2017, à verser 63 816 \$ pour des photocopieurs. Les paiements minimums exigibles pour les prochains exercices s'élèvent à 45 660 \$ en 2012, à 11 012 \$ en 2013, à 2 256 \$ en 2014 et 2015 et à 2 632 \$ en 2016.

De plus, l'Agence a signé un contrat pour des services d'entretien ménager, du 1er avril 2009 au 31 mars 2012, pour un total de 359 293 \$. Les paiements minimums exigibles pour le prochain exercice s'élèvent à 113 491 \$.

## **Note 10 - Opérations entre apparentés**

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





***5. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés***



## 5.1 *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés*

Destiné aux administrateurs, aux partenaires, aux gestionnaires et aux employés de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, le présent Code d'éthique et de déontologie est une version actualisée du document *Code d'éthique* adopté et publié en septembre 1994.

Dans le cadre de sa mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés de coordination des services et de leur accès, l'Agence doit pouvoir compter sur la conscience individuelle et professionnelle de ces personnes en vue d'assurer notamment le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

En conséquence, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés sont des acteurs de premier plan des services de notre organisme.

Responsables devant la loi, en considération des ressources publiques qui sont confiées à l'Agence, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés de cette dernière se doivent, en ce sens, d'adopter une conduite qui témoigne de leur dévouement au service public et qui soit empreinte d'une éthique élevée.

Le présent document n'a pas la prétention de réglementer les actions quotidiennes de tous et chacun, mais plutôt de faire appel au sens des responsabilités et au jugement des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés. Il revient à chacun, dans sa conduite professionnelle, d'avoir comme préoccupation constante le respect de nos obligations déontologiques et d'adhérer aux principes éthiques définis dans ce code.

Les obligations et les principes définis dans le présent code s'ajoutent à ceux établis par la loi, par un règlement ou par un autre code applicable. En cas de divergence, les obligations et les principes les plus exigeants s'appliquent.

### I **PRINCIPES ÉTHIQUES**

- 1 **Principes éthiques** : les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés adhèrent aux principes suivants :
  - 1.1 **Impartialité** : ils ne doivent manifester aucune préférence ni parti pris indu incompatible avec la justice et l'équité et ne faire montre d'aucun préjugé lié au sexe, à la race, à la couleur, à la religion, à un handicap ou aux convictions politiques d'une personne ou d'un groupe de personnes.
  - 1.2 **Loyauté** : ils adhèrent de bonne foi aux principes démocratiques de notre société et, en conséquence, respectent les lois qui les régissent. Ils doivent également défendre les intérêts de l'Agence, avec probité, droiture et honnêteté.
  - 1.3 **Respect** : ils doivent agir avec courtoisie, considération et égards envers les autres, tant dans leurs paroles que dans leurs attitudes, et ils doivent également faire preuve de respect envers l'Agence durant leur mandat et après la fin de ce dernier.



## II OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

2 **Administrateurs** : les membres du conseil d'administration de l'Agence, incluant le président-directeur général, contribuent à la réalisation de la mission de l'État, à la bonne administration de ses biens, et sont les gardiens des décisions démocratiques.

2.1 Information : l'administrateur a le devoir d'agir avec rigueur et, à cette fin, de s'informer des dossiers soumis à son attention et de communiquer à ses collègues l'information pertinente.

2.2 Discrétion : l'administrateur doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la Politique administrative relative à la sécurité des actifs informationnels et de télécommunication et à la protection des données et des renseignements confidentiels de l'Agence. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particuliers de le consulter ni de lui communiquer des renseignements, sauf si l'information est confidentielle en vertu de la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

2.3 Prudence et diligence : l'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence et diligence dans ses fonctions comme le ferait une personne raisonnable, selon ses connaissances et ses responsabilités.

2.4 Honnêteté : l'administrateur doit faire preuve de probité et de droiture. Il doit éviter de se placer en situation d'abus de confiance, de corruption ou de tentative de corruption ou en toute autre situation à caractère frauduleux qui risquerait d'entacher son mandat et ses fonctions à l'Agence. Il doit notamment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration, les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient.

2.5 Absence de conflit d'intérêts : l'administrateur ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'administrateur ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de l'Agence.

### **Par conséquent, l'administrateur :**

doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions;

doit révéler à l'Agence tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans un organisme, une entreprise ou une association, susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre l'Agence, et préciser, le cas échéant, leur nature et leur valeur;



- doit, s'il n'est pas à temps plein et s'il a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence, révéler par écrit cet intérêt au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision mettant en cause l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote sur cette question;
- ne peut, s'il est à temps plein, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence; toutefois, cette révocation n'a pas lieu si un tel intérêt lui est échu par succession ou donation pourvu qu'il y renonce ou en dispose avec diligence.

2.6 Acceptation d'avantages et rémunération : l'administrateur ne peut accepter aucun cadeau, aucune marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable à l'État de l'avantage reçu.

2.7 Service public : l'administrateur a été nommé pour contribuer à la réalisation de la mission de l'État en santé et en services sociaux, en vue du mieux-être de la population et des citoyens; le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit, et il doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2.8 L'après-mandat : l'administrateur doit, après la fin de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou, selon le cas, de ses responsabilités, ou des deux à la fois.

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer, outre les éléments visés au précédent alinéa, une information confidentielle qu'il a obtenue, ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non accessible au public concernant l'Agence pour laquelle il a travaillé, ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

Il lui est interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence pour laquelle il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non accessible au public.

3 **Partenaires** : les membres des conseils et des comités de l'Agence, de la Commission infirmière régionale, de la Commission multidisciplinaire régionale, du Département régional de médecine générale, de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, du Comité régional sur les services pharmaceutiques, du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et du Forum de la population.

3.1 Service public : le partenaire s'engage, sur le plan intellectuel aussi bien que moral, à traiter avec la rigueur voulue les dossiers qui sont soumis à son expertise ou, selon le cas, dont il est chargé en vue du mieux-être de la population.



- 3.2 **Discrétion** : le partenaire doit respecter le caractère confidentiel des informations obtenues dans l'exercice de ses responsabilités, notamment en vertu de l'application de la Politique administrative visée à l'article 2.2, de même que de celles qui seraient susceptibles de nuire à l'intérêt public ou de porter atteinte à la vie privée des citoyens. De plus, le partenaire doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui pourraient nuire à l'Agence.
- 3.3 **Honnêteté** : le partenaire ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, une information qu'il détient.
- 3.4 **Conflits de rôles** : le partenaire doit prévenir tout conflit de rôles et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut exercer objectivement ses responsabilités.
- 4 **Gestionnaires** : les cadres supérieurs, les directeurs et les cadres intermédiaires de l'Agence assistent les administrateurs dans la réalisation de leurs mandats et voient à l'administration quotidienne des activités de l'Agence.
- 4.1 Les gestionnaires sont soumis, avec les adaptations nécessaires, aux mêmes obligations que celles applicables aux administrateurs et définies aux articles 2.1 à 2.8 du présent code, sous réserve de celle en matière de conflit d'intérêts énoncée dans la présente section.
- Outre les obligations définies au précédent alinéa, le gestionnaire à temps plein doit exercer ses fonctions de manière exclusive, sauf si l'autorité qui l'a nommé l'affecte aussi à d'autres fonctions. Il peut toutefois, avec le consentement du président-directeur général, exercer des activités didactiques pour lesquelles il peut être rémunéré et des activités non rémunérées dans les organismes sans but lucratif. Autrement, le gestionnaire n'a droit, pour l'exercice de ses fonctions, qu'à la seule rémunération liée à celles-ci.
- 4.2 **Absence de conflit d'intérêts** : le gestionnaire ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions et il doit éviter de se placer dans une situation de conflit telle que décrite à l'article 2.5 entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions.
- 5 **Employés** : les employés de l'Agence sont exclusivement au service de cette dernière lorsqu'ils rendent des services à la population. Ils sont tenus, de par leurs fonctions, d'agir avec compétence et assiduité eu égard au service public qu'ils doivent rendre avec courtoisie, diligence et discrétion.
- 5.1 **Information** : l'employé doit donner à ses supérieurs toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée et doit assurer le traitement de l'information avec toute la rigueur requise. De plus, il est tenu de donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il a le droit d'obtenir en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-2.1).
- 5.2 **Compétence** : l'employé doit accomplir les tâches liées à son emploi de façon compétente, c'est-à-dire rendre les services demandés d'une manière appropriée, suffisante et satisfaisante pour la clientèle et utiliser les moyens à sa disposition pour développer son expertise.
- 5.3 **Assiduité** : l'employé doit être présent au travail, accomplir sa tâche, respecter l'horaire de travail et ne pas s'absenter sans justification ni autorisation préalable.
- 5.4 **Service public** : l'employé doit adopter un comportement poli et courtois dans ses relations avec le public et éviter toute forme de discrimination interdite par la loi. En outre, il doit traiter avec empressement les dossiers qui lui sont confiés et qui touchent directement le public.



5.5 Discrétion : l'employé doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la politique administrative visée à l'article 2.2. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

5.6 Absence de conflit d'intérêts : l'employé ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'employé ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de l'Agence. Un employé ne peut donc pas « avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise 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, l'employé doit en informer ses supérieurs afin que soient déterminées les mesures qui devront être prises à cet égard.

5.7 Exclusivité du service : l'employé doit adopter une grande réserve dans l'exercice de toute fonction extérieure à l'Agence dans le champ de compétence de l'emploi occupé.

L'employé doit s'assurer que cette activité extérieure n'aura pas d'effet sur son rendement, sur son assiduité, sur ses obligations à titre d'employé de l'Agence, et ne donnera pas lieu à un conflit avec ses fonctions à l'Agence.

5.8 Honnêteté : l'employé ne doit accepter aucune somme d'argent ou toute autre forme de considération pour l'exercice de ses fonctions, autre que la rémunération et les avantages liés à son emploi.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient.

### **III MODALITÉS D'APPLICATION DU CODE**

#### **6 Les personnes chargées de l'application du code**

6.1 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent code par le président-directeur général et les autres administrateurs de l'Agence.

6.2 Le président-directeur général a la responsabilité de s'assurer du respect du présent code par les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

### **IV PROCÉDURE DISCIPLINAIRE ET SANCTION**

#### **7 Administrateurs et gestionnaires**

7.1 La procédure disciplinaire et les sanctions applicables aux administrateurs sont celles définies dans le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

7.2 Le président-directeur général est l'autorité compétente pour agir à l'égard d'un gestionnaire.



- 7.3 Le gestionnaire à qui l'on reproche un manquement à la déontologie ou à l'éthique peut être relevé provisoirement de ses fonctions, avec rémunération, par le président-directeur général, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.
- 7.4 L'autorité compétente fait part au gestionnaire en cause du manquement reproché ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.
- 7.5 Sur conclusion que le gestionnaire a contrevenu au présent code, le président-directeur général lui impose une sanction.

Le président-directeur général impose toute sanction qu'il juge appropriée suivant les circonstances.

Toute sanction imposée à un gestionnaire, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

- 7.6 Les sanctions imposées par le président-directeur général en vertu de l'article 7.5 peuvent prendre la forme d'une réprimande, d'une suspension ou d'un congédiement.

## **8 Partenaires et employés**

- 8.1 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent aux partenaires, avec les adaptations nécessaires. Toutefois, une sanction autre que la réprimande doit être approuvée préalablement par l'Agence.
- 8.2 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent à l'employé, avec les adaptations nécessaires et sous réserve, le cas échéant, des dispositions de la convention collective qui le régissent.



## DÉCLARATION

relative au Code d'éthique et de déontologie  
des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés

Je,

\_\_\_\_\_ **déclare les intérêts suivants :**

1. Je détiens des intérêts pécuniaires d'une personne morale, d'une société ou d'une entreprise commerciale identifiée ci-après :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Nommer la personne morale, société ou entreprise concernée.**

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié nommé ci-après :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Nommer la personne morale, la société, l'entreprise ou l'organisme concerné.**

3. J'occupe les emplois suivants :

Titre d'emploi

Employeur

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Préciser l'emploi et nommer l'employeur.**

4. Je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ \_\_\_\_\_,

le \_\_\_\_\_ 2009.

\_\_\_\_\_  
**Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale**

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, partenaires, gestionnaires et employés de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.





## *Annexes*



**ANNEXE 1****Liste des membres de la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale**Présidente : M<sup>me</sup> Thérèse Pelletier

TITULAIRE	TITRE D'EMPLOI ET PROVENANCE	FIN DE MANDAT (4 ans)
1 <sup>o</sup> quatre personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :		
Dubé, Sylvie	Infirmière clinicienne, CSSS de Portneuf	23-03-2014
Perreault, Isabelle	Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)	23-03-2014
dont une personne œuvrant pour un établissement visé à l'article 119 <sup>1</sup> ou au 1er alinéa de l'article 126 <sup>2</sup> de la LSSSS <sup>8</sup> :		
Cyr, Nancy	Conseillère clinicienne en soins infirmiers – CHSLD, CSSS de la Vieille-Capitale	23-03-2014
et une personne œuvrant pour un établissement visé à l'article 120 <sup>3</sup> , 121 <sup>4</sup> , 124 <sup>5</sup> ou 125 <sup>6</sup> ou au 2 <sup>e</sup> alinéa <sup>7</sup> de l'article 126 de la LSSSS :		
Marcoux, Odette	Infirmière clinicienne, assistante infirmière-chef, Hôpital de l'Enfant-Jésus	23-03-2014
2 <sup>o</sup> deux personnes désignées par et parmi les gestionnaires des soins infirmiers des établissements de la région et visés à l'article 206 de la LSSSS :		
Pelletier, Thérèse	Directrice des soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	23-03-2014
Benoît, Diane	Directrice des soins infirmiers, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)	23-03-2014
3 <sup>o</sup> une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :		
Beaulieu, Nathalie	Enseignante, Cégep de Sainte-Foy	23-03-2014
4 <sup>o</sup> une personne désignée par la doyenne ou la directrice du programme universitaire de sciences infirmières, le cas échéant :		
Roch, Geneviève	Professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières, Université Laval	23-03-2014
5 <sup>o</sup> deux personnes désignées par et parmi les membres des comités d'infirmières et infirmiers auxiliaires des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :		
Bélanger, Ann	Infirmière auxiliaire, CSSS de Portneuf – Centre d'hébergement Saint-Casimir	23-03-2014
Poste vacant		23-03-2014
6 <sup>o</sup> une infirmière ou un infirmier désigné(e) par les membres visés aux paragraphes 10 à 50, reconnu(e) pour son expertise de pointe dans la pratique clinique des soins infirmiers :		
Dubois, Marie-Claude	Infirmière clinicienne en clinique-réseau, CSSS de Québec-Nord	23-03-2014



TITULAIRE	TITRE D'EMPLOI ET PROVENANCE	FIN DE MANDAT (4 ans)
7 <sup>o</sup> le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ou l'infirmière ou infirmier qu'il désigne à cette fin :		
Fontaine, Michel	Président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	23-03-2014
8 <sup>o</sup> quatre personnes-ressources à titre d'observateurs :		
Gallant, Claudia	Vice-présidente, Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec (ORIIQ)	23-03-2014
Gaudreau, Martine	Directrice adjointe des soins infirmiers, Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)	23-03-2014
Pétrin, Johanne	Infirmière de liaison, Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	23-03-2014
Poste vacant		23-03-2014

Notes :

1. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant une instance locale ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée.
2. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un centre hospitalier.
3. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.
4. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes ayant une déficience physique.
5. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes.
6. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse – CR pour les jeunes en difficulté d'adaptation ou pour les mères en difficulté d'adaptation.
7. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire.
8. Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).



**ANNEXE 2****Liste des membres de la Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale**

Présidente : Vacant - Vice-présidente : Mme Sylvie Morin - Secrétaire : Vacant

TITULAIRE	TITRE D'EMPLOI ET PROVENANCE	FIN DE MANDAT (4 ans)
1 <sup>o</sup> Trois professionnels du domaine social dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Nadeau, Sylvie	Gestionnaire services psychosociaux, Centre jeunesse de Québec	
Audet, Nicole	Agente de relations humaines, Centre jeunesse de Québec	
Dufour, Carole	Travailleuse sociale, CSSS de Charlevoix	
2 <sup>o</sup> Trois professionnels du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, autres que la médecine et les soins infirmiers, dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Lecours, Lynn	Gestionnaire – Conseillère clinicienne en ergothérapie, CSSS de la Vieille-Capitale	
Martin, Manon	Physiothérapeute, Centre hospitalier universitaire de Québec	
Morin, Sylvie	Physiothérapeute, Institut universitaire en santé mentale de Québec (clientèle adulte)	
3 <sup>o</sup> Trois personnes des domaines techniques désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Vacant		
Lafontaine, Annie	Technologiste médicale, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	
Bilodeau, Steve	Éducateur spécialisé, CSSS de la Vieille-Capitale	
4 <sup>o</sup> Une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :		
Provencher, Monique	Adjointe au directeur des études – CÉGEP de Sainte-Foy	
5 <sup>o</sup> Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé :		
Noreau, Luc	Professeur titulaire à l'Université Laval et chercheur au CIRRISS	
6 <sup>o</sup> Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux :		
Vacant		



TITULAIRE	TITRE D'EMPLOI ET PROVENANCE	FIN DE MANDAT (4 ans)
7 <sup>o</sup>	Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	
Fontaine, Michel	Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	
8 <sup>o</sup>	Quatre personnes-ressources à titre d'observateurs	
Caron, Kathleen	Psychoéducatrice, CSSS de Portneuf	
St-Laurent, Anne	Travailleuse sociale, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	



**ANNEXE 3****Liste des membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale**

Président : Dr Jacques Villeneuve

<b>NOM</b>	<b>DÉPARTEMENT OU POSTE ET PROVENANCE</b>
1 <sup>0</sup>	Trois membres élus par et parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département de médecine spécialisée venant de trois domaines cliniques différents :
Dr Villeneuve, Evens	Psychiatrie, Institut universitaire de santé mentale de Québec
Dr Piedboeuf, Bruno	Vice-président - Pédiatrie, Centre hospitalier de l'Université Laval du CHUQ
Dr Villeneuve, Jacques	Président - Anesthésiologie, IUCPQ
2 <sup>0</sup>	Cinq à sept membres nommés par les membres élus parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département de médecine spécialisée :
Dr Brassard, Normand	Obstétrique-gynécologie, Centre hospitalier de l'Université Laval du CHUQ
Dr Rodrigue, Jean	Imagerie médicale, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
Dr Normand, Michel	Médecine interne, Centre hospitalier de l'Université Laval du CHUQ
Dr Philippon, François	Cardiologie, IUCPQ
Dr Lavallée, Pierre	Orthopédie, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
Dr St-Pierre, Sylvain	Oto-rhino-laryngologie, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
Dre Trottier, Sylvie	Médecine de laboratoire, IUCPQ
3 <sup>0</sup>	Un membre nommé par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval :
D <sup>r</sup> Leblanc, Pierre	Vice-doyen aux affaires cliniques
4 <sup>0</sup>	Un résident en médecine à titre d'observateur nommé sur recommandation des membres élus :
D <sup>re</sup> Radermaker, Steve	Résident en psychiatrie, Faculté de médecine de l'Université Laval
5 <sup>0</sup>	Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, ou le médecin spécialiste qu'il désigne à cette fin :
Fontaine, Michel	Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale



**ANNEXE 4****Liste des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale**

Président : Jean Robert

NOMS	OCCUPATION ET EMPLOYEUR	CENTRE OU ÉTABLISSEMENT
------	-------------------------	-------------------------

Le directeur général de l'établissement désigné, L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's ou son représentant

Louis Hanrahan	Directeur général L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	L'Hôpital Jeffery-Hale – Saint-Brigid's
----------------	--	---

Deux personnes issues des centres de santé et de services sociaux de la région

Lisane Boisvert	Directrice des services généraux et de la santé publique CSSS	CSSS de Québec-Nord
Denis Bouchard	Directeur général adjoint CSSS	CSSS de la Vieille-Capitale

Une personne issue des établissements de la région offrant des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale

Patrice Labeau	Adjoint à la Directrice des services professionnels, de la recherche et de la programmation CRDI de Québec	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED
----------------	---	--

Une personne issue d'un centre de soins généraux et spécialisés ou d'un centre hospitalier de soins psychiatriques

Luce Chrétien	Adjointe à la directrice Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'ingénierie et de la performance Centre hospitalier universitaire de Québec	Centre hospitalier universitaire de Québec – Hôtel-Dieu de Québec
---------------	--	---

Une personne issue du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Michèle Larochelle	Directrice des services aux jeunes et leurs familles Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire	Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
--------------------	--	--

Une personne issue du Comité des usagers de l'établissement désigné ou un représentant nommé par les membres du même comité

Gertrude Grogan	Représentante du Comité des résidents Saint Brigid's Home – Jeffery Hale	Saint Brigid's Home – Jeffery Hale
-----------------	---	------------------------------------



NOMS	OCCUPATION ET EMPLOYEUR	CENTRE OU ÉTABLISSEMENT
Quatre personnes issues des organismes communautaires, des associations, des groupes socio-économiques de la communauté d'expression anglaise ou du milieu scolaire anglophone de la région		
Jean Robert	Directeur Campus director Cegep Champlain – St. Lawrence Champlain Regional College	Cégep Champlain – St. Lawrence Champlain Regional College
Richard Walling	Directeur général Les Partenaires communautaires Jeffery Hale	Les Partenaires communautaires Jeffery Hale
Joan Sheehan	Directrice générale Municipalité Saint-Gabriel-de-Valcartier	Garnison Valcartier
Jean-Sébastien Jolin Gignac	Directeur général Voice of English-speaking Québec	Voice of English-speaking Québec
Le président-directeur général de l'Agence ou la personne qu'il désigne		
Carole Lecours	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence de la santé et des services sociaux	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale



**ANNEXE 5****Liste des membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale**

Présidente : Hélène Fortin - Vice-président : vacant

TITULAIRE	PROVENANCE	FIN DE MANDAT
1 <sup>o</sup> Deux (2) représentants du collège « pharmaciens propriétaires »		
Hélène Fortin	Laurier Lavoie, Marcel Tremblay, Hélène Fortin, pharmaciens	2012-10-28
Marie-Hélène Gingras	Gingras, Hébert et Ferlatte, pharmaciens, membre jusqu'au 5 décembre 2010	2010-09-19
Louise Petit	J.Matte et L.Petit, pharmaciens, membre coopté le 16 février 2011	2014-12-06
2 <sup>o</sup> Deux (2) représentants du collège « pharmaciens salariés communautaires »		
Denis Villeneuve	Dubé, Perreault et Villeneuve, pharmaciens	2012-11-21
Georges-Émile Bourgault	Yves Boissinot et Andrée Thiffault, pharmaciens, S.E.N.C., membre jusqu'au 5 décembre 2010	2010-10-12
Odette Grégoire	Christian Ouellet, pharmacien, membre élu le 6 décembre 2010	2014-12-06
3 <sup>o</sup> Deux (2) représentants du collège « chefs de département – établissement »		
Pierrette Carrier	CSSS de la Vieille-Capitale, membre coopté le 11 nov. 2009	2012-10-28
Éric Lepage	Institut universitaire en santé mentale de Québec	2012-10-28
4 <sup>o</sup> Deux (2) représentants du collège « pharmaciens salariés – établissement »		
Dominique Chrétien	Centre hospitalier universitaire de Québec, membre coopté le 28 avril 2010	2012-10-28
Élisabeth Bourassa	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec, membre jusqu'au 5 décembre 2010	2010-10-12
Marie-David Simoneau	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec, membre élu le 6 décembre 2010	2014-12-06



TITULAIRE	PROVENANCE	FIN DE MANDAT
5 <sup>o</sup> Un (1) représentant désigné par le conseil de la faculté de pharmacie de l'Université Laval		
Jenny Lower	Pharmacienne, adjointe au doyen, Faculté de pharmacie, Université Laval, démissionnaire en sept. 2010	2010-11-20
Marc Parent	Pharmacien, Centre hospitalier universitaire de Québec, désigné le 10 décembre 2010	2014-12-06
6 <sup>o</sup> Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale		
Michel Fontaine	Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, membre d'office	---



**ANNEXE 6****Liste des membres du Comité de direction du Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale**

Chef de département : M. Jacques Bouchard, M.D.

NOM	MILIEU DE PRATIQUE MÉDICALE	PARTIE DE TERRITOIRE (SECTEUR)	REPRÉSENTATIVITÉ	FIN DE MANDAT
1° 3 médecins élus par et parmi les médecins membres du DRMG :				
Bouchard, Jacques	CSSS de Charlevoix	Charlevoix	Centre hospitalier	2013-05-19
Vacant				
Lamontagne, Daniel	CSSS de Québec-Nord	La Source	CLSC-CHSLD	2013-05-19
2° 9 médecins membres du DRMG nommés par les membres élus au paragraphe 1o :				
Carrier, Pierre	CSSS de Charlevoix	Charlevoix	CLSC-CHSLD	2012-11-12
Cholette, Pascale	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale	Québec-Centre	CLSC	2013-03-14
Chouinard, Guy	Clinique médicale du Jardin	La Source	Cabinet privé de professionnels	2013-05-21
Dubé, Serge	Clinique médicale Pierre-Bertrand	Québec-Centre	Cabinet privé de professionnels	2013-04-13
Brunet, François	Centre de santé et de services sociaux de Portneuf	Portneuf	CLSC	2013-03-14
Lachance, Pierre	Centre médical Saint-Louis	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	Cabinet privé de professionnels	2011-05-21
Fallu, Bernard	Clinique médicale Val-Bélair	De la Jacques-Cartier	Cabinet privé de professionnels	2013-05-21
Robitaille, Michel	Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord	Orléans	CHSLD	2013-04-13
Renaud, Pascal	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec	Québec-Centre	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire	2013-01-01
3° Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ou le médecin qu'il désigne à cette fin :				
Fontaine, Michel	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale			
4° 1 membre nommé par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval				
Béland, Guy	Unité de médecine familiale	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	Faculté de médecine – Université Laval	2013-01-14



**ANNEXE 7****Liste des cliniques-réseau**

- |   |
|---|
| ■ Clinique-réseau Giffard               |
| ■ Clinique-réseau Vanier-des-Rivières   |
| ■ Clinique-réseau Sainte-Foy-Laurentien |
| ■ Clinique-réseau Basse-Ville-Limoilou  |
| ■ Clinique-réseau Le Mesnil             |
| ■ Clinique-réseau des Promenades        |
| ■ Clinique-réseau Val-Bélair            |
| ■ Clinique-réseau La Cité Médicale      |

**TOTAL 8 CRQ**

**ANNEXE 8****Liste des groupes de médecine de famille**

■ GMF Berger	■ GMF Neufchâtel
■ GMF Centre médical Beauport	■ GMF Le Nordet
■ GMF du Carrefour	■ GMF Orléans
■ GMF Charlesbourg	■ GMF Clinique médicale Pierre-Bertrand
■ GMF de Charlevoix-Est	■ GMF Portneuf Nord-Ouest
■ GMF de Charlevoix-Ouest	■ GMF Portneuf Sud-Est
■ GMF Duchatel	■ GMF Quatre-Bourgeois
■ GMF UMF Haute-Ville	■ GMF Clinique médicale Sainte-Foy
■ GMF UMF Laval-Québec	■ GMF Saint-Louis
■ GMF L'Ancienne-Lorette - Les Saules	■ GMF Saint-Vallier
■ GMF l'Hétrière	■ GMF Sillery
■ GMF Loretteville	■ GMF CLSC La Source
■ GMF UMF Maizerets	■ GMF Val-Bélair - Valcartier
■ GMF Le Mesnil	■ GMF La Cité Médicale

**TOTAL : 28 GMF**



## ANNEXE 9

### Plan régional des effectifs médicaux en spécialité

Spécialité	CHUQ		CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSS de Charlevoix		CSSS de la Vieille- Capitale		CSSS de Québec-Nord		IRDPO		Jeff Hale - Saint Brigid's		INSPQ		Total régional		
	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	
Allergie-immunologie pédiatrique	2	2																				2	2
Allergie-immunologie	6	6	1	2																		7	8
Anatomo-pathologie	17	17	15	12	4	4																36	33
Anesthésiologie	47	47	33	33	16	16			1	2												97	98
Biochimie médicale	8	9	6	5	1	1																15	15
Cardiologie	19	19	16	16	33	33																68	68
Cardiologie pédiatrique	5	5																				5	5
Chirurgie générale	17	16	15	14	7	6			1	4												40	40
Chirurgie G. pédiatrique	2	2																				2	2
Chirurgie vasculaire	8	8																				8	8
Chirurgie thoracique					5	4																5	4
Chirurgie orthopédique	19	19	11	12					1	1												31	32
Chirurgie plastique	7	7	7	7																		14	14
CCVT					11	11																11	11
Dermatologie	10	10	7	6	1	0																18	16
Endocrinologie	10	10	3	4																		13	14
Endocrinologie pédiatrique	4	4																				4	4
Gastroentérologie pédiatrique	4	4																				4	4
Gastroentérologie	12	12	8	8	1	1																21	21
Génétique médicale	5	6																				5	6
Gériatrie	7	7	7	6	1	0																15	13
Hématologie oncologie adulte	13	13	13	12	2	2																28	27
Hématologie pédiatrique	3	4																				3	4
Médecine d'urgence	10	9	16	16																		26	25
Médecine interne	22	22	13	13	6	6							1	1	1	0						43	42
Médecine nucléaire	6	6	2	3	3	3																11	12
Microbiologie médicale	16	16	8	7	3	3														1	0	28	26
Néphrologie	15	14			4	3																19	17



Spécialité	CHUQ		CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSS de Charlevoix		CSSS de la Vieille-Capitale		CSSS de Québec-Nord		IRDPQ		Jeff Hale - Saint-Brigid's		INSPQ		Total régional		
	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	
Néphrologie pédiatrique	2	2																			2	2	
Neurologie	5	5	17	16			2	2													24	23	
Neurologie pédiatrique	5	5																			5	5	
Neurochirurgie			14	14																	14	14	
Obstétrique-gynécologie	47	47																			47	47	
Ophthalmologie	2	3	31	29					0	1											33	33	
Oto-rhino-laryngologie	15	14	9	9							1	0									25	23	
Pédiatrie générale	23	23	3	3																	26	26	
Pédiatrie maladies infectieuses	3	2																			3	2	
Pédiatrie néonatalogie	11	11																			11	11	
Pédiatrie soins intensifs	6	6																			6	6	
Physiatrie	0	1	6	6											4	4	1	1			11	12	
Pneumologie	5	4	5	5	21	21															31	30	
Pneumologie pédiatrique	3	4																			3	4	
Pédopsychiatrie	16	19							0	1											16	20	
Psychiatrie adulte							95	96													95	96	
Radiologie diagnostique	32	31	19	19	9	9			1	1	0	1	1	1			1	0			63	62	
Radio-oncologie	18	20																			18	20	
Rhumatologie	9	10																			9	10	
Rhumatologie pédiatrique	2	2																			2	2	
Santé communautaire	19	18																		30	29	49	47
Urologie	13	14	3	3					1	1											17	18	
<b>Total</b>	<b>530</b>	<b>535</b>	<b>288</b>	<b>280</b>	<b>128</b>	<b>123</b>	<b>97</b>	<b>98</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>1 089</b>	<b>1 084</b>	

Source : Application Web du ministère de la Santé et des Services sociaux - Gestion des PREM en spécialités, 2011-05-27.

Légende :

EP : Effectifs en place

PR : PREM

Note : Les écarts entre les EP et les PR sont engendrés soit, par des dépassements temporaires, par des postes académiques (hors PR) ou par des postes vacants.



**ANNEXE 10****Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique**

Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique 2010, par établissement

Établissement	Plan des effectifs médicaux au 1 <sup>er</sup> décembre 2010	Plan des effectifs médicaux ajusté après la diminution de 10 %	Nombre de postes en moins
Centre hospitalier universitaire de Québec	142	128	14
Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec	50	45	5
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord	81	73	8
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale	80	72	8
Centre de santé et de services sociaux de Portneuf	38	34	4
Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix	41	37	4
Institut universitaire en santé mentale de Québec	17	15	2
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	31	28	3
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec	10	9	1
Hôpital Jeffery Hale – Saint-Brigid's	17	15	2
Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve	8	7	1
	<b>Banque régionale de postes :</b>		<b>52</b>



**Répartition des postes de mobilité interrégionale, des postes de médecins nouveaux facturants  
des postes du Plan des effectifs médicaux universitaires (PEMU)**

Pour l'année 2011, qui s'échelonne entre le 1<sup>er</sup> décembre 2010 et le 30 novembre 2011, les objectifs de croissance sont les suivants :

<b>Médecins en mobilité interrégionale</b>	<b>Médecins nouveaux facturants</b>	<b>Postes académiques</b>
19	2 (1 pour le territoire de Charlevoix, 1 pour le territoire de Portneuf)	2 (Unité de médecine familiale Haute-Ville, Unité de médecine familiale Laval)

Note : Le PREM en omnipratique et la répartition des médecins nouveaux facturants ont reçu un avis favorable, eu égard à leur maintien dans leur forme actuelle, par le comité de direction du DRMG lors de sa rencontre régulière du 10 novembre 2010.



**ANNEXE 11****Liste des services de premiers répondants  
de la région de la Capitale-Nationale**

<b>Municipalité</b>	<b>Date de la mise en service</b>	<b>Fin des activités du service</b>
Shannon	1998	
Saint-Gabriel-de-Valcartier	2000	
Pont-Rouge	2000	
Saint-Ubalde	2000	2008
Neuville	2001	2009
Sainte-Catherine-de-la Jacques-Cartier	2005	
Sainte-Brigitte-de-Laval	2004	
L'Ancienne-Lorette	2007	2009

De plus, les personnes concernées apprécient grandement les blocs de formation continue que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale offre gratuitement aux services de premiers répondants des municipalités reconnues, en plus des recertifications sur l'utilisation du défibrillateur externe automatisé (DEA) et de l'Epipen.

Tous les services de premiers répondants sont très assidus à ce programme de formation continue.



**ANNEXE 12****Transports ambulanciers effectués  
dans la région de la Capitale-Nationale**

Numéro de la zone	Nom de la zone	Entreprise ambulancière	Nombre de transports		
			2008-2009	2009-2010	2010-2011
301 302 303 343	CHARLEVOIX	CTAQ	2 813	2 833	3 276
Sous-total			2 813	2 833	3 276
304	SAINTE-ANNE-DE-BEAUPRÉ	Ambulance Côte-de-Beaupré	1 776	1 740	1 767
305 306 307 308 309	QUÉBEC MÉTROPOLITAIN	Ambulances Inter-Cité Ambulances Nord-Sud CTAQ	45 226	45 538	47 495
Sous-total			47 042	47 278	49 262
310	SAINT-RAYMOND	Ambulances Portneuf	1 553	1 543	1 747
311	SAINT-MARC-DES-CARRIÈRES	Ambulances Guy Denis & fils Ambulances Paré	1 257	1 382	1 418
312	DONNACONA	Ambulance Benoît	1 386	1 350	1 602
342	PARC DES LAURENTIDES	CTAQ	83	79	82
346	SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER.	Ambulance Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	310	283	308
Sous-total			4 589	4 640	5 157
<b>TOTAL</b>			<b>54 444</b>	<b>54 748</b>	<b>57 696</b>

Source : SISPUQ.



## **ANNEXE 13**

### ***Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux - Édition 2009-2010***

La remise des Prix d'excellence – Édition 2010-2011 aura lieu en octobre 2011.

Dans le cadre de l'édition 2009-2010, le jury de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a soumis cinq (5) candidatures aux jurys ministériels.

Les lauréats 2009-2010 sont :

- **Le Pavois**, organisme communautaire en santé mentale, a remporté une mention d'honneur dans la catégorie *Impact sur la communauté*, pour le projet Mieux vivre avec les voix.
- Le **Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix** a remporté une mention d'honneur dans la catégorie *Personnalisation des soins et des services*, pour la Résidence à assistance continue (RAC) spécialisée pour troubles graves du comportement de Saint-Placide.



**ANNEXE 14****Programme de soutien aux organismes communautaires**

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2010-2011	Subvention accordée 2009-2010
-------------------	--------------------	-------------------------------	-------------------------------

**FINANCEMENT DE BASE****Aide et entraide**

03-00243	ADAPTAVIE INC.	84 760 \$	83 098 \$
03-06312	AIDANTS (TES) NATURELS (LES) DE CHARLESBOURG (LES)	26 633 \$	26 111 \$
03-06159	AIDONS-LAIT	31 695 \$	31 074 \$
03-02385	ALLAITEMENT QUÉBEC	51 080 \$	50 078 \$
03-05855	ASSOCIATION BÉNÉVOLE COTE DE BEAUPRE	83 064 \$	81 435 \$
03-00637	ASSOCIATION BÉNÉVOLE DE CHARLEVOIX	106 521 \$	104 432 \$
03-05854	ASSOCIATION BÉNÉVOLE DE L'ILE D'ORLÉANS (L')	26 460 \$	26 333 \$
03-06167	ASSOCIATION DE FIBROMYALGIE RÉGION DE QUEBEC	31 695 \$	31 074 \$
03-01233	ASSOCIATION DES GRANDS BRULÉS F.L.A.M. (L')	131 224 \$	128 651 \$
03-06277	ASSOCIATION DES HANDICAPÉS RESPIRATOIRES DE QUÉBEC (1984) INC.	27 450 \$	27 033 \$
03-02929	ASSOCIATION DES T.C.C. DES DEUX RIVES (QUEBEC-CHAUDIÈRE-APPALACHES) (L')	43 090 \$	42 245 \$
03-05117	BENEVOLAT MICHEL SARRAZIN	81 251 \$	79 658 \$
03-05191	BENEVOLAT ST-SACREMENT INC.	81 405 \$	79 809 \$
03-06062	BOUSSOLE (LA), REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE	335 954 \$	329 367 \$
03-06013	BUTINEUSE DE VANIER (LA)	60 432 \$	59 247 \$
03-05136	CARREFOUR DE L'AMITIÉ CHARLESBOURG	98 419 \$	96 489 \$
03-01080	CENTRE BONNE ENTENTE	80 344 \$	78 769 \$
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTÉ INC.	89 922 \$	88 159 \$
03-00349	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE AIDE 23	137 520 \$	134 824 \$
03-02811	CENTRE D'AIDE ET D'ACTION BÉNÉVOLE DE CHARLESBOURG	79 252 \$	77 698 \$
03-00030	CENTRE DE PARRAINAGE CIVIQUE DE QUÉBEC INC. (LE)	118 581 \$	116 256 \$
03-06076	CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE C.P.S.	800 038 \$	729 622 \$
03-06092	CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE CHARLEVOIX	207 770 \$	196 598 \$
03-06234	CENTRE D'ENTRAIDE EMOTIONS	103 227 \$	101 203 \$
03-01779	CENTRE SIGNES D'ESPOIR	213 892 \$	209 698 \$
03-01896	CENTRESPOIR-CHARLESBOURG INC. (LE)	80 344 \$	78 769 \$
03-06006	CERCLE POLAIRE	132 749 \$	130 146 \$
03-00575	CHANTELAIT	30 517 \$	29 919 \$
03-01785	CLUB BON COEUR DES CARDIAQUES DE CHARLEVOIX INC.	60 107 \$	58 928 \$
03-06227	CLUB CARDIO-SANTÉ DE CHARLEVOIX INC. (LE)	57 996 \$	56 859 \$



Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2010-2011	Subvention accordée 2009-2010
03-00497	COLLECTIF D'ACCOMPAGNEMENT A L'ACCOUCHEMENT "LES ACCOMPAGNANTES" (LE)	101 822 \$	99 825 \$
03-05138	COMITE DE LA POPOTE DE CLERMONT	6 103 \$	5 983 \$
03-05562	COMITE DE VOLONTARIAT DE QUARTIER-LIMOILLOU SUD INC.	33 501 \$	32 844 \$
03-05121	COMITE NEUVILLE SE SOUVIENT	13 750 \$	13 689 \$
03-05113	COMITE VAS'Y DE SAINT-RAYMOND	109 241 \$	107 099 \$
03-06094	COMMUNAUTE AGAPE DE QUEBEC	66 454 \$	65 151 \$
03-06330	COMMUNAUTÉS SOLIDAIRES	21 759 \$	18 252 \$
03-06165	COURTEPOINTE (LA)	47 358 \$	46 429 \$
03-06105	CROISSANCE-TRAVAIL	861 359 \$	844 470 \$
03-06194	ENTR'ACTES, PRODUCTIONS ARTISTIQUES	86 885 \$	85 181 \$
03-00746	ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE LE HALO (L')	131 224 \$	128 651 \$
03-05929	ENTRAIDE DES AINES DE SILLERY	56 887 \$	55 772 \$
03-01925	ENTRAIDE JEUNESSE QUEBEC	110 383 \$	108 219 \$
03-06066	ENTRAIDE LES SAULES INC. (L')	37 759 \$	37 019 \$
03-01192	ENTRAIDE NATURO-LAIT	64 444 \$	63 180 \$
03-01458	ÉPILEPSIE SECTION DE QUÉBEC	27 761 \$	27 217 \$
03-05198	EQUIPE BÉNÉVOLE DE L' INSTITUT (L')	27 700 \$	27 300 \$
03-05193	FRATERNITE SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	137 049 \$	134 362 \$
03-06186	G.R.I.S. - QUEBEC	49 719 \$	48 744 \$
03-01318	GRANDS FRÈRES ET GRANDES SOEURS DE QUÉBEC INC. (LES)	55 168 \$	54 086 \$
03-05110	GROUPE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE SAINTE-FOY	56 887 \$	55 772 \$
03-00091	GROUPE LES RELEVAILLES	131 224 \$	128 651 \$
03-06292	L'ANCRAGE DE L'ISLE-AUX-COUDRES	26 633 \$	26 111 \$
03-00300	L'AUTRE AVENUE, ORGANISME DE JUSTICE ALTERNATIVE	587 999 \$	576 470 \$
03-06064	LE MIEUX-ETRE DES IMMIGRANTS	34 225 \$	33 554 \$
03-06238	LE VERGER, CENTRE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	100 463 \$	98 493 \$
03-06079	L'Équilibre / CENTRE D'ENTRAIDE DU TROUBLE AFFECTIF BIPOLAIRE DE QUEBEC	131 222 \$	128 649 \$
03-06112	LIBRE ESPACE ORLÉANS INC.	100 584 \$	98 612 \$
03-06040	MAINS DE L'ESPOIR DE CHARLEVOIX INC.	100 246 \$	98 280 \$
03-01469	MAMIE-LAIT	34 500 \$	33 913 \$
03-06007	MAREE REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (LA)	240 504 \$	235 788 \$
03-01803	MOISSON QUÉBEC INC.	62 405 \$	61 181 \$
03-00014	MOUVEMENT DES SERVICES À LA COMMUNAUTÉ DU CAP-ROUGE INC.	67 182 \$	65 865 \$
03-03076	ORGANISATION COMMUNAUTAIRE D'ÉCOUTE ET D'AIDE NATURELLE (O.C.E.A.N.)	142 013 \$	139 228 \$



Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2010-2011	Subvention accordée 2009-2010
03-06084	ORGANISATION POUR LA SANTÉ MENTALE OEUVRANT À LA SENSIBILISATION ET À L'ENTRAIDE (O.S.M.O.S.E.)	100 849 \$	98 872 \$
03-06309	PARENTS-ESPOIR	21 759 \$	18 252 \$
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THÉRAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	60 295 \$	59 113 \$
03-03261	POINT DE REPÈRES (1990)	340 442 \$	333 767 \$
03-05566	POPOTE DE CHARLESBOURG (LA)	51 982 \$	50 963 \$
03-05124	POPOTE ET MULTI-SERVICES	109 241 \$	107 099 \$
03-05624	POPOTE ROULANTE LAVAL INC.	21 848 \$	21 420 \$
03-02704	PRESENCE-FAMILLE SAINT-AUGUSTIN	38 948 \$	38 184 \$
03-06331	RESSOURCES FAMILIALES LA VIELLE CASERNE DE MONTMORENCY	17 197 \$	14 196 \$
03-06160	RUCHE VANIER INC. (LA)	60 635 \$	59 446 \$
03-00212	S.O.S. GROSSESSE	63 992 \$	62 737 \$
03-06255	SAIRAH SERVICE D'AUTONOMISATION, D'INTÉGRATION ET DE RÉADAPTATION AUX ADULTES AYANT UN HANDICAP INC.	34 680 \$	34 000 \$
03-06200	SERVICE D'AIDE À L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	64 348 \$	63 086 \$
03-05115	SERVICE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE RAYON DE SOLEIL	86 487 \$	84 791 \$
03-06275	SERVICES POUR HOMMES IMPULSIFS ET COLÉRIQUES DE CHARLEVOIX	117 999 \$	115 685 \$
03-03101	SOCIÉTÉ ALZHEIMER DE QUÉBEC (LA)	47 533 \$	46 601 \$
03-06271	SOCIÉTÉ PARKINSON - RÉGION DE QUÉBEC	40 123 \$	39 336 \$
03-01872	TEL-AIDE QUÉBEC INC.	122 636 \$	120 231 \$
	SOUS-TOTAL	8 756 799 \$	8 515 401 \$

### *Sensibilisation, promotion et défense des droits*

03-06033	ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTE MENTALE (REGION DE QUÉBEC) INC.	131 311 \$	128 736 \$
03-06155	ASSOCIATION DES MALENTENDANTS QUÉBÉCOIS INC.	54 476 \$	53 408 \$
03-01059	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE CHARLEVOIX INC.	45 273 \$	44 385 \$
03-06043	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE PORTNEUF	43 461 \$	42 609 \$
03-01352	ASSOCIATION DES PERSONNES INTÉRESSÉES À L'APHASIE (A.P.I.A.)	52 412 \$	51 384 \$
03-02575	ASSOCIATION DU QUÉBEC POUR ENFANTS AVEC PROBLÈMES AUDITIFS (A.Q.E.P.A.) QUÉBEC MÉTRO (03-12) INC.	60 464 \$	59 278 \$
03-06044	ASSOCIATION POUR L'INTÉGRATION SOCIALE (RÉGION DE QUÉBEC) (L')	42 753 \$	41 915 \$
03-06187	ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE LA DYSPHASIE, CAPITALE-NATIONALE	75 324 \$	73 847 \$
03-02552	ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LES TROUBLES D'APPRENTISSAGE, SECTION QUÉBEC (A.Q.E.T.A.)	98 465 \$	96 535 \$
03-01011	AUTISME QUÉBEC	126 701 \$	124 217 \$
03-06061	AUTO-PSY (RÉGION DE QUÉBEC)	73 525 \$	72 083 \$
03-02221	CARREFOUR FAMILIAL DES PERSONNES HANDICAPÉES	114 952 \$	112 698 \$



Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2010-2011	Subvention accordée 2009-2010
03-06229	COMITÉ D'AIDE AUX FEMMES SOURDES DE QUEBEC	112 320 \$	110 118 \$
03-02788	ESPACE REGION DE QUEBEC	178 130 \$	174 637 \$
03-02136	REGROUPEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES VISUELLES (RÉGIONS 03-12)	116 722 \$	114 433 \$
03-06152	REGROUPEMENT POUR L'INTÉGRATION SOCIALE DE CHARLEVOIX	52 960 \$	51 922 \$
03-02035	SERVICE D'INFORMATION EN CONTRACEPTION ET SEXUALITÉ DE QUEBEC	99 108 \$	97 165 \$
03-02409	VIOLENCE INFO	176 508 \$	173 047 \$
	SOUS-TOTAL	1 654 865 \$	1 622 417 \$

### *Hébergement communautaire*

03-01344	GITE JEUNESSE INC.	446 829 \$	438 067 \$
03-06293	MAISON COMMUNAUTAIRE MISSINAK - RESSOURCE D'HÉBERGEMENT ET DE RESSOURCEMENT POUR FEMMES AUTOCHTONES ET LEURS FAMILLES	508 441 \$	499 572 \$
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUÉBEC (LA)	674 442 \$	661 218 \$
03-02799	MAISON DU COEUR POUR FEMMES	615 360 \$	608 757 \$
03-00154	MAISON HÉLÈNE LACROIX	653 314 \$	640 504 \$
03-00504	MAISON KINSMEN-MARIE-ROLLET	694 336 \$	680 722 \$
03-00715	MAISON LA MONTÉE (LA)	632 000 \$	619 608 \$
03-00812	MAISON POUR FEMMES IMMIGRANTES	694 972 \$	681 345 \$
03-00022	MAISON RICHELIEU HÉBERGEMENT JEUNESSE SAINTE-FOY INC.	364 364 \$	357 220 \$
03-02513	MIREPI, MAISON D'HÉBERGEMENT INC.	678 142 \$	664 845 \$
03-06236	SQUAT BASSE-VILLE (Gîte du Nomade)	136 352 \$	133 678 \$
	SOUS-TOTAL	6 098 552 \$	5 985 536 \$

### *Milieus de vie*

03-06141	AMICALE ALFA DE QUEBEC	55 387 \$	54 301 \$
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	527 627 \$	510 183 \$
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	205 573 \$	201 542 \$
03-03010	ASSOCIATION ALTI	79 437 \$	77 879 \$
03-01489	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE CHARLESBOURG	77 783 \$	76 258 \$
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUEBEC) INC. (L')	155 486 \$	122 437 \$
03-06201	CABANON MAISON DES JEUNES DE LAC-BEAUPORT (LE)	70 174 \$	68 798 \$
03-06065	CAFÉ-RENCONTRE DU CENTRE-VILLE (QUÉBEC) INC.	68 479 \$	67 136 \$
03-06196	CENTRE CASA (1997)	146 503 \$	143 630 \$
03-00138	CENTRE COMMUNAUTAIRE L'AMITIÉ INC. (LE)	204 727 \$	200 713 \$
03-06073	CENTRE DE CROISSANCE RENAISSANCE INC.	358 003 \$	350 983 \$



Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2010-2011	Subvention accordée 2009-2010
03-06075	CENTRE DE JOUR FEU VERT INC.	260 770 \$	255 657 \$
03-06096	CENTRE DE JOUR L'ENVOL INC.	100 584 \$	98 612 \$
03-03203	CENTRE DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES LE RUCHER	222 471 \$	218 109 \$
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	176 666 \$	173 202 \$
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	176 666 \$	173 202 \$
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUÉBEC INC.	176 519 \$	173 058 \$
03-02041	CENTRE FEMMES D'AUJOURD'HUI	176 665 \$	173 201 \$
03-00144	CENTRE INTERNATIONAL DES FEMMES, QUEBEC	176 601 \$	173 138 \$
03-06254	CENTRE MULTI-SERVICES 16-30 ANS LA SOURCE	34 225 \$	33 554 \$
03-03057	CENTRE RÉSIDENTIEL ET COMMUNAUTAIRE JACQUES CARTIER (LE)	116 346 \$	114 065 \$
03-06256	CENTRE RESSOURCES POUR FEMMES DE BEAUPORT (CRFB)	175 968 \$	172 518 \$
03-06085	CENTRE SOCIAL DE LA CROIX BLANCHE (RÉGION DE QUÉBEC)	195 962 \$	192 120 \$
03-02055	CENTRE-FEMMES AUX PLURIELLES	177 462 \$	173 982 \$
03-00297	CORPORATION D'ANIMATION L'OUVRE-BOITE DU QUARTIER	219 603 \$	215 297 \$
03-06117	CORPORATION JEUNESSE L'ÉVASION L'ORMIÈRE	67 475 \$	66 152 \$
03-06137	DEMI-LUNE	118 279 \$	115 960 \$
03-05189	ENTRAIDE DU FAUBOURG INC.	135 418 \$	132 763 \$
03-06228	ÉVASION ST-PIE X (L')	153 998 \$	150 978 \$
03-06109	EVEIL CHARLEVOISIEN (L')	351 983 \$	345 081 \$
03-00852	FORUM-JEUNESSE CHARLEVOIX-OUEST	153 438 \$	150 430 \$
03-01883	G.A.P.I. GROUPE D'AIDE AUX PERSONNES IMPULSIVES (AYANT DES COMPORTEMENTS VIOLENTS)	271 554 \$	266 229 \$
03-01115	GROUPE ACTION-JEUNESSE DE CHARLEVOIX	185 787 \$	182 145 \$
03-02797	MAISON AU SEUIL DE L'HARMONIE	125 530 \$	123 069 \$
03-03154	MAISON D'AIDE VILLA ST-LEONARD	149 327 \$	146 399 \$
03-00502	MAISON DE JOB	191 525 \$	187 770 \$
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTE	243 287 \$	238 517 \$
03-00982	MAISON D'ENTRAIDE L'ARC-EN-CIEL INC.	154 397 \$	151 370 \$
03-00318	MAISON DES JEUNES "LA MARGINALE" INC. (LA)	129 248 \$	126 714 \$
03-06127	MAISON DES JEUNES DE BOISCHATEL (LA)	90 122 \$	88 355 \$
03-01129	MAISON DES JEUNES DE CAP-ROUGE INC. (LA)	122 546 \$	120 143 \$
03-06128	MAISON DES JEUNES DE DUBERGER	67 558 \$	66 233 \$
03-00704	MAISON DES JEUNES DE L'ANCIENNE-LORETTE INC. (LA)	96 605 \$	94 711 \$
03-02381	MAISON DES JEUNES DE LES SAULES ET DE LEBOURGNEUF INC. (LA)	146 865 \$	143 985 \$
03-06189	MAISON DES JEUNES DE L'ILE D'ORLÉANS (LA)	101 657 \$	99 664 \$
03-06247	MAISON DES JEUNES DE NEUVILLE	41 579 \$	40 764 \$
03-06259	MAISON DES JEUNES DE NOTRE-DAME-DES-MONTS (LA)	38 978 \$	38 214 \$



Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2010-2011	Subvention accordée 2009-2010
03-03222	MAISON DES JEUNES DE PONT-ROUGE 125 INC. (LA)	68 030 \$	66 696 \$
03-02426	MAISON DES JEUNES DE SAINT-ANDRÉ DE NEUFCHÂTEL (LA)	67 555 \$	66 230 \$
03-03215	MAISON DES JEUNES DE SAINT-AUGUSTIN-DE-DESMAURES INC. (LA)	107 020 \$	104 922 \$
03-06306	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-BRIGITTE-DE-LAVAL	40 595 \$	39 799 \$
03-06126	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER	67 558 \$	66 233 \$
03-06224	MAISON DES JEUNES DE SAINT-EMILE	41 579 \$	40 764 \$
03-00811	MAISON DES JEUNES DE SILLERY INC. (LA)	78 296 \$	76 761 \$
03-06191	MAISON DES JEUNES DE ST-FERREOL-LES-NEIGES	77 690 \$	76 167 \$
03-06208	MAISON DES JEUNES DE ST-RAYMOND INC. (LA)	37 500 \$	37 011 \$
03-02416	MAISON DES JEUNES DE WENDAKE INC. (LA)	62 878 \$	61 645 \$
03-02102	MAISON DES JEUNES DÉCENTRALISÉE DE BEAUPORT - SECTEUR EST	152 507 \$	149 517 \$
03-00768	MAISON DES JEUNES DÉCENTRALISÉE DE BEAUPORT - SECTEUR OUEST	137 922 \$	135 217 \$
03-00767	MAISON DES JEUNES DU LAC-SAINT-CHARLES INC.	96 240 \$	94 353 \$
03-00128	MAISON DES JEUNES DU QUARTIER ST-JEAN-BAPTISTE (LA)	147 590 \$	144 696 \$
03-00299	MAISON DES JEUNES LA PARENTHÈSE (LA)	120 786 \$	118 418 \$
03-06223	MAISON DES JEUNES L'ATOME	47 063 \$	46 140 \$
03-06203	MAISON DES JEUNES L'ÉNIGME DE BEAUPRÉ	45 504 \$	44 612 \$
03-00464	MAISON DES JEUNES L'ENVOL DE SAINTE-FOY INC.	119 715 \$	117 368 \$
03-01999	MAISON DES JEUNES L'ESCAPADE DE VAL-BÉLAIR	135 418 \$	132 763 \$
03-00301	MAISON DES JEUNES L'EXODE DE LIMOILOU (LA)	113 378 \$	111 155 \$
03-02262	MAISON DES JEUNES L'INTÉGRALE INC. (LA)	179 762 \$	176 238 \$
03-06213	MAISON L'ÉCLAIRCIE	279 038 \$	273 891 \$
03-00229	MAISON L'ESPÉRANCE INC.	97 852 \$	95 933 \$
03-01804	MAISON MARIE FRÉDÉRIC	360 047 \$	352 987 \$
03-06070	MÈRES ET MONDE - CENTRE DE RESSOURCES POUR JEUNES MÈRES	31 695 \$	31 074 \$
03-01594	MOUVEMENT D'INFORMATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE S.I.D.A. (MIELS-QUÉBEC) À QUÉBEC	558 674 \$	547 720 \$
03-02834	OEUVRES DE LA MAISON DAUPHINE INC. (LES)	203 604 \$	199 612 \$
03-06139	ORGANISATION QUÉBÉCOISE DES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER (1984) INC.	82 340 \$	80 725 \$
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITÉS VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	808 118 \$	792 273 \$
03-00671	PROJET-INTERVENTION-PROSTITUTION QUÉBEC INC.	171 566 \$	168 202 \$
03-03068	REGROUPEMENT ACTION PRÉVENTION JEUNESSE DES LAURENTIDES (RAP JEUNESSE)	95 944 \$	94 063 \$
03-00210	RELAIS D'ESPÉRANCE	58 588 \$	57 439 \$
03-06158	RELAIS LA CHAUMINE INC.	260 198 \$	255 096 \$
03-06161	RÉSIDENCE LE PORTAIL	240 000 \$	235 668 \$
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	63 236 \$	62 363 \$



Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2010-2011	Subvention accordée 2009-2010
03-05187	SERVICE AMICAL BASSE-VILLE INC.	165 842 \$	162 590 \$
03-06169	SERVICE D'ENTRAIDE L'ESPOIR (QUÉBEC)	100 519 \$	98 548 \$
03-06093	SOLIDARITÉ FAMILLES DUBERGER-LES SAULES	31 695 \$	31 074 \$
03-06068	TRAME D'ACTIONS ET D'INITIATIVES CONCERTÉES (T.R.A.I.C.) JEUNESSE	137 948 \$	135 243 \$
03-06004	TRIP JEUNESSE BEAUPORT	77 571 \$	76 050 \$
03-01536	UNITÉ DOMRÉMY DE CLERMONT INC.	45 098 \$	44 214 \$
03-00140	VIOL-SECOURS	313 227 \$	307 085 \$
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIÉTÉ	91 662 \$	89 865 \$
	SOUS-TOTAL	13 691 891 \$	13 387 641 \$

### *FINANCEMENT PAR OBJECTIFS*

03-05111	ACTION BÉNÉVOLE DE ST-BASILE INC.	4 173 \$	4 091 \$
03-02022	AIDE À LA COMMUNAUTÉ ET SERVICES À DOMICILE	27 064 \$	26 533 \$
03-06154	ALLIANCE DES GROUPES D'INTERVENTION POUR LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE (AGIR EN SANTÉ MENTALE)	66 576 \$	65 271 \$
03-06019	ARCHE L'ÉTOILE INC. (L')	375 089 \$	367 734 \$
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	73 507 \$	72 066 \$
03-06289	ASSOCIATION DES LARYNGECTOMISÉS DE QUÉBEC INC.	6 831 \$	6 697 \$
03-06270	ASSOCIATION DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION DE QUÉBEC (03)	84 129 \$	82 479 \$
03-06288	ASSOCIATION DES SOURDS DE QUÉBEC INC.	11 150 \$	10 931 \$
03-00146	ASSOCIATION Y.W.C.A. DE QUÉBEC	150 548 \$	147 596 \$
03-06281	ATELIER DE LA MEZZANINE	144 843 \$	142 003 \$
03-01011	AUTISME QUÉBEC	202 065 \$	198 103 \$
03-06287	CALACS DE CHARLEVOIX	217 607 \$	213 340 \$
03-01904	CENTRE AUBERGE DES AÎNÉS DE ST-ÉMILE	6 880 \$	6 745 \$
03-00038	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE DE QUÉBEC INC.	57 211 \$	56 089 \$
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC	2 296 415 \$	2 251 387 \$
03-06143	COMITÉ D'ACTION DES PERSONNES VIVANT DES SITUATIONS DE HANDICAP (CAPVISH) (LE)	84 473 \$	82 817 \$
03-01971	CORPORATION CITÉ-JOIE INC. (LA)	75 188 \$	73 714 \$
03-06147	ÉCOUTE SECOURS	20 149 \$	19 754 \$
03-06228	ÉVASION ST-PIE X (L')	54 262 \$	53 198 \$
03-06276	FONDATION DE LA GREFFE DE MOELLE OSSEUSE DE L'EST DU QUÉBEC	28 175 \$	27 623 \$
03-06015	FONDATION FÊTE D'ENFANT DEDÉ INC.	19 089 \$	18 715 \$
03-06195	GROUPE DE RECHERCHE EN ANIMATION ET PLANIFICATION ÉCONOMIQUE (GRAPE)	21 306 \$	20 971 \$
03-06211	LE GRAND CHEMIN INC.	397 632 \$	389 835 \$
03-06252	MAGNIFIQUE INC. (LE)	11 217 \$	10 997 \$



Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2010-2011	Subvention accordée 2009-2010
03-06315	PAVOIS (LE) DE LORETTEVILLE	103 871 \$	101 834 \$
03-06316	PAVOIS (LE) DE STE-FOY	103 871 \$	101 834 \$
03-06168	PETIT RÉPIT (LE)	33 868 \$	33 204 \$
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	1 061 411 \$	1 040 599 \$
03-06150	REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE (PORTNEUF-QUÉBEC-CHARLEVOIX)	17 078 \$	16 743 \$
03-06022	REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION 03	218 919 \$	214 626 \$
03-06216	REGROUPEMENT DES ORGANISMES DE PERSONNES HANDICAPÉES DE LA RÉGION 03 (ROP 03)	15 444 \$	15 141 \$
03-06041	REGROUPEMENT POUR L'AIDE AUX ITINÉRANTS ET ITINÉRANTES DE QUÉBEC	51 298 \$	50 292 \$
03-05195	SERVICE D'ENTRAIDE BASSE-VILLE INC.	81 267 \$	79 674 \$
03-05186	SERVICE D'ENTRAIDE ROCAMADOUR	107 509 \$	105 401 \$
03-06164	SERVICE REGIONAL D'INTERPRÉTARIAT DE QUÉBEC INC.	95 878 \$	93 998 \$
03-06052	SOCIÉTÉ GRAND VILLAGE INC (LA)	8 973 \$	8 797 \$
03-06179	SOCIÉTÉ SAINT-VINCENT DE PAUL DE QUÉBEC (LA)	37 535 \$	36 799 \$
	SOUS-TOTAL	6 372 501 \$	6 247 631 \$
<b>Total PSOC</b>		<b>36 574 608 \$</b>	<b>35 758 626 \$</b>

