



Rapport
annuel
de gestion
2011-2012

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



Rapport
annuel
de gestion
2011-2012

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

Adopté à la séance ordinaire non publique du
conseil d'administration du 6 septembre 2012

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet :

www.rsss03.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Centre de documentation

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

2400, avenue D'Estimauville

Québec (Québec) G1E 7G9

Tél. : 418 666-7000, poste 217 ou 521

Télécopieur : 418 666-2776

Courriel : cdocagence03@sss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-89616-149-2 (version imprimée)

978-2-89616-150-8 (version électronique)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2012, 144 p. et annexes.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

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

C'est avec plaisir et fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Ce rapport annuel dresse le portrait des grands dossiers de la dernière année, en plus de faire le bilan des activités usuelles. Il témoigne en plus des efforts constants déployés durant les 12 derniers mois d'activité, par l'ensemble des quelque 34 000 employés du réseau de notre région.

Santé physique et publique

Le développement et la consolidation des services médicaux de première ligne se sont poursuivis en 2011-2012. Un nouveau projet de groupe de médecine de famille (GMF) est sur le point d'être déposé, pour constituer le 29^e GMF de la région. Plus de 415 000 personnes sont maintenant inscrites dans un GMF, où travaillent environ 450 médecins, 90 infirmières cliniciennes et quelques infirmières praticiennes. La région de la Capitale-Nationale est tout près de son objectif d'avoir, à terme, 30 GMF sur son territoire.

Sur le plan des cliniques-réseau Québec (CRQ), des travaux ont été amorcés cette année afin de mettre sur pied deux nouvelles CRQ, lesquelles s'ajouteront aux huit cliniques existantes, permettant ainsi à la région d'atteindre l'objectif de départ de dix cliniques de ce type dans la région de la Capitale-Nationale.

De plus, près de 12 000 patients ont été inscrits dans l'un des quatre guichets d'accès pour personnes vulnérables sans médecin de famille, et plus de 90 % d'entre eux ont été dirigés.

Du côté des urgences, le séjour moyen sur civière a légèrement diminué par rapport à l'an dernier et il en est de même pour le pourcentage des séjours de 48 heures et plus. Le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), le Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA) et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie (IUCPQ) ont connu certaines périodes très achalandées à l'urgence, particulièrement de décembre 2011 à avril 2012, en raison d'un engorgement soutenu des clientèles de santé mentale dans les urgences psychiatriques de la région. Les établissements concernés vont procéder à la modification de certaines pratiques cliniques afin d'obtenir une meilleure fluidité des admissions, et des travaux régionaux ont débuté à cet effet. Au chapitre de l'accès à la chirurgie, pour plusieurs types d'interventions, notamment les opérations de la cataracte, le mécanisme mis en place pour garantir aux patients un délai maximal pour subir une intervention chirurgicale aura permis d'opérer les patients dans les délais. Plusieurs cibles fixées ont été atteintes dans d'autres secteurs d'activité.

Par ailleurs, plusieurs dossiers ont marqué l'année 2011-2012 sur le plan de la santé publique. Plusieurs volets et sujets ont fait l'objet de rapports et d'évaluations, dont l'incidence et la mortalité du cancer dans la région, le monoxyde de carbone, le panier à provisions nutritif et les services d'aide à la cessation tabagique. Des événements ont aussi marqué la dernière année. Pensons au Forum sur les inégalités sociales de santé, à la campagne de rattrapage de la vaccination contre la rougeole dans les écoles primaires et secondaires, à l'envoi de la millionième lettre à une femme de la région dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein ou à la diffusion auprès des médias d'un outil de sensibilisation en prévention du suicide. Des dossiers travaillés par les équipes en santé publique ont aussi retenu l'attention médiatique, soit le trichloroéthylène (TCE) à Shannon et le service d'injection supervisée.

Immobilisations

En 2011-2012, des sommes importantes ont été investies dans des projets immobiliers majeurs sur le territoire de la Capitale-Nationale. Parmi les grands chantiers, notons, entre autres, la poursuite des projets d'agrandissement et de rénovation de L'Hôtel-Dieu de Québec, du pavillon des sciences neurologiques de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et d'agrandissement du site Cardinal-Villeneuve de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ).

Mission Capitale : l'accès aux services

Le rapport annuel 2011-2012 de l'Agence présente les résultats se rapportant à la Planification stratégique en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale 2010-2015. En cette seconde année du plan quinquennal, la majorité des 53 actions devant mener à la réalisation des objectifs en 2015 a été

réalisée. Les secteurs ciblés sont la prévention et la promotion de la santé, les services de première ligne, l'accès aux services spécialisés, les ressources humaines et le caractère universitaire de la région.

Autres dossiers d'importance

Plusieurs autres projets et dossiers importants ont nécessité des efforts pour plusieurs acteurs du réseau au cours de l'année 2011-2012.

Des élections au sein des conseils d'administration des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ont eu lieu le 1^{er} novembre 2011. Ce sont 7 des 13 établissements de la région qui ont procédé à l'élection de deux représentants au collège « population » de leur conseil d'administration, alors que les 6 autres établissements ont élu sans concurrent les candidats qui s'étaient proposés.

L'Agence a aussi réalisé certains projets en collaboration avec les établissements du réseau. Par exemple, elle a procédé au lancement d'une vidéo sur la pratique infirmière en santé mentale, un projet amorcé par la Commission infirmière régionale (CIR). Le portail Web du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (www.santecapitalenationale.gouv.qc.ca) a aussi été lancé en décembre 2011, dans le but d'informer la population sur les modalités d'accès aux services offerts dans notre réseau régional. Finalement, la campagne de promotion des carrières en santé et services sociaux a été reconduite à l'hiver 2012, et ce, pour une quatrième année consécutive. Notons que cette campagne affiche des résultats impressionnants, d'année en année.

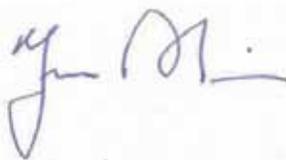
Le dossier des hôpitaux du territoire de Charlevoix a progressé au cours des derniers mois. Rappelons qu'en janvier 2011, le ministre annonçait la reconstruction prioritaire de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul et la reconstruction éventuelle de l'Hôpital de La Malbaie, le tout au regard des préoccupations en ce qui concerne l'état des sols et des bâtiments des deux hôpitaux. Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Charlevoix a déposé son plan clinique en juin 2011, en plus d'obtenir l'autorisation ministérielle pour procéder à la réalisation des programmes fonctionnels et techniques (PFT) et des dossiers d'affaires initiaux (DAI) pour les deux futurs hôpitaux. Les dépôts des PFT et des DAI sont prévus respectivement pour avril et mai 2012.

En conclusion

Les résultats de la région de la Capitale-Nationale sont éloquentes à bien des égards et ils attestent des efforts quotidiens des employés du réseau. Nous désirons exprimer toute notre reconnaissance au personnel de tous les établissements pour l'ensemble du travail accompli dans le but d'offrir des services de qualité à la population. Nous remercions également les employés de l'Agence pour leur contribution primordiale dans l'organisation et la mise en place des services offerts au sein de notre réseau régional.

Plusieurs défis et enjeux nous attendent pour l'année à venir. La région de la Capitale-Nationale détient une position enviable dans le réseau. Nous devons donc, ensemble, poursuivre nos actions afin de conserver un bulletin positif, le tout dans une conjoncture exigeante à la fois sur le plan budgétaire et des ressources humaines.

Bonne lecture!



Yves Blouin
Président



Claude Lévesque
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 2011-2012 de l'Agence ainsi que les contrôles afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.



Claude Lévesque
Président-directeur général

TABLE DES MATIÈRES

	Page
LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES.....	9
1. PRÉSENTATION DE L'AGENCE.....	13
1.1 Mission.....	13
1.2 Plan d'organisation.....	14
1.3 Membres du conseil d'administration.....	15
1.4 Établissements publics et privés conventionnés.....	16
1.5 Établissements offrant des services suprarégionaux.....	16
1.6 Établissements ayant une mission régionale.....	16
1.7 Centres hospitaliers universitaires et instituts.....	17
1.8 Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale.....	17
1.9 Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale.....	17
1.10 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS).....	18
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.....	19
1.12 Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale.....	19
1.13 Département régional de médecine générale (DRMG) de la Capitale-Nationale.....	20
1.14 Les ressources humaines de l'Agence.....	20
1.15 Politique relative au harcèlement psychologique au travail.....	20
1.16 Programme d'aide aux employés.....	21
1.17 Gestion des risques et de la qualité.....	21
2. ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.....	23
2.1 Entente de gestion et d'imputabilité.....	23
3. AUTRES RÉSULTATS D'IMPORTANCE.....	89
3.1 Plan d'action régional de santé publique 2009-2015.....	89
3.2 Cancer dans la Capitale-Nationale : incidence et mortalité.....	89
3.3 Programme québécois de dépistage du cancer du sein.....	90
3.4 Évaluation d'un signalement d'excès de cas de cancer dans la municipalité de Shannon.....	90
3.5 Monoxyde de carbone et opérations de dynamitage.....	91
3.6 Manuel sur les valeurs seuils utilisées dans les situations d'urgence pour une exposition aux produits chimiques ou corrosifs dans l'air.....	91
3.7 Rôle des médias dans la prévention du suicide : diffusion d'un outil de sensibilisation.....	91
3.8 Service d'injection supervisée (SIS).....	92
3.9 Campagne de rattrapage de vaccination contre la rougeole dans les écoles primaires et secondaires.....	92
3.10 Évaluation d'un atelier de prévention de l'agression sexuelle offert aux adolescents.....	92
3.11 Évaluation du déploiement de cinq outils de promotion et de prévention utilisés dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE).....	93
3.12 Information en période prénatale : pratiques et besoins des mères, des pères et des intervenants dans la Capitale-Nationale.....	93
3.13 Forum sur les Inégalités sociales de santé.....	94
3.14 Coût du panier à provisions nutritif dans la région de la Capitale-Nationale.....	94
3.15 Mon école à pied, à vélo.....	94
3.16 Évaluation des services d'aide à la cessation tabagique.....	95
3.17 Processus de certification des résidences pour personnes âgées et des ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique.....	95
3.18 Bilan général de PÉCA.....	96
3.19 Services préhospitaliers.....	97
3.20 Sécurité civile.....	98
3.21 Application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.....	99

3.22 Élections des conseils d'administration des établissements publics du réseau de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale	100
3.23 Réorganisation des laboratoires	100
3.24 Circuit du médicament	101
3.25 Pénurie de médicaments	101
3.26 Lancement d'une vidéo sur la pratique infirmière en santé mentale	101
3.27 Programme de lutte contre le cancer	101
3.28 Services médicaux de première ligne	103
3.29 Dossier de santé du Québec	103
3.30 Stratégie régionale de main-d'œuvre et planification de main-d'œuvre	104
3.31 Campagne de promotion des carrières en santé et services sociaux	104
3.32 Portail du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale	105
3.33 Technocentre régional	106
3.34 Informatisation régionale	106
3.35 Forum de la population	108
3.36 Hôpitaux de Baie-Saint-Paul et de La Malbaie	108
3.37 Regroupement du CHUQ et du CHA	108
4. DONNÉES FINANCIÈRES	109
4.1 Données financières relatives aux établissements de la région et aux organismes communautaires subventionnés par l'Agence	109
4.2 Rapports de la direction	118
4.3 Rapport de l'auditeur indépendant et états financiers résumés de l'Agence	120
4.4 Notes aux états financiers – Exercice terminé le 31 mars 2012	133
5. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE	140
5.1 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés	140
ANNEXE 1 — LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE	144
ANNEXE 2 — LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE	147
ANNEXE 3 — LISTE DES MEMBRES DE LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE	149
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	150
ANNEXE 5 — LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES	151
ANNEXE 6 — LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE	152
ANNEXE 7 — LISTE DES CRQ	153
ANNEXE 8 — LISTE DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE	153
ANNEXE 9 — PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX (PREM) EN SPÉCIALITÉS	154
ANNEXE 10 — PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE	156
ANNEXE 11 — LISTE DES SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS	157
ANNEXE 12 — TRANSPORTS AMBULANCIERS EFFECTUÉS DANS LA RÉGION	158
ANNEXE 13 — PRIX D'EXCELLENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	159
ANNEXE 14 — PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	160

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES

ABA :	Approche behaviorale appliquée	CRLA :	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
AERDPQ :	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec	CRQ :	Clinique-réseau Québec
AETMIS :	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé	CRSP :	Comité régional sur les services pharmaceutiques
AMP :	Activités médicales particulières	CRUV :	Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve
ATI :	Approche territoriale intégrée	CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
AVC :	Accident vasculaire cérébral	CTAQ :	Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec
BAPE :	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement	CUO :	Centre universitaire d'ophtalmologie
BCM :	Bilan comparatif des médicaments	DEA :	Défibrillateur externe automatisé
BVLV :	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	DGA :	Directeur général adjoint
CAM :	Comité analyse de milieu	DI :	Déficience intellectuelle
CAPVISH :	Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap	DMS :	Durée moyenne de séjour
CAT :	Centre d'abandon du tabagisme	DNU :	Direction nationale des urgences
CCSC :	Centre de communication santé des capitales	DP :	Déficience physique
CCVT :	Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique	DPAPA :	Direction des personnes âgées en perte d'autonomie
CDD :	Centre de dépistage désigné	DRMG :	Département régional de médecine générale
CDJ :	Chirurgie d'un jour	DRRC :	Dépôt régional de résultats cliniques
CEPI :	Préceptorat et mentorat	DRSP :	Direction régionale de santé publique
CH :	Centre hospitalier	DSI :	Direction des soins infirmiers
CHA :	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec	DSP :	Direction des services professionnels
CHRG :	Centre hospitalier Robert-Giffard	DSQ :	Dossier de santé du Québec
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	EEP :	Étude d'électrophysiologie
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	EESSAD :	Entreprise d'économie sociale de soutien à domicile
CHUL :	Centre hospitalier de l'Université Laval	E-SMAF :	Logiciel du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
CHUQ :	Centre hospitalier universitaire de Québec	ETC :	Équivalent temps complet
CIR :	Commission infirmière régionale	ETP :	Équivalent temps partiel
CIRRIIS :	Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale	FA :	Fibrillation auriculaire
CJQ :	Centre jeunesse de Québec	FMSQ :	Fédération des médecins spécialistes du Québec
CLSC :	Centre local de services communautaires	FPOP :	Forum de la population
CMA :	Cliniques médicales associées	GESTRED :	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
CME :	Centre mère-enfant	GFR :	Gestion des fonds régionalisés
CMD :	Catégorie majeure de diagnostic	GMF :	Groupe de médecine de famille
CMS :	Centre médical spécialisé	GPS :	Système de géolocalisation
CMuR :	Commission multidisciplinaire régionale	HD :	Hors délai
COMUR :	Comité des mesures d'urgence régional de Charlevoix	HDQ :	L'Hôtel-Dieu de Québec
CPE :	Centre de la petite enfance	HEJ :	Hôpital de l'Enfant-Jésus
CRDI :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	HPS :	Heures de prestation de services
CRDP :	Centre de réadaptation en déficience physique	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	PACT :	Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté
IAMEST :	Infarctus aigu du myocarde avec une élévation du segment ST	PAE :	Programme d'aide aux employés
ICCA :	Institut canadien des comptables agréés	PAJT :	Programme accès jeunesse en toxicomanie
ICI :	Intervention comportementale intensive	PALV :	Perte d'autonomie liée au vieillissement
I-CLSC :	Système Intégration CLSC	PAMTA :	Programme d'administration des médicaments par les techniciens ambulanciers
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec	PCFI :	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières
IPM :	Index patient maître	PCGR :	Principes comptables généralement reconnus
IPO :	Infirmière pivot en oncologie	PCP :	Pratiques cliniques préventives
IPPAP :	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires	PECA :	Programme d'évaluation et de coordination des admissions
IPS :	Infirmière praticienne spécialisée	PEM :	Plan d'effectifs médicaux
IRDQP :	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec	PEMU :	Plan d'effectifs médicaux universitaires
IRIS-RUQ :	Infrastructure de recherche intégrée en santé – Réseau universitaire de Québec	PFT :	Programme fonctionnel et technique
ISAR :	Infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation	PIQ :	Protocole d'immunisation du Québec
ISO-SMAF :	Organisation internationale de normalisation – Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle	PMO :	Planification de main-d'œuvre
ITIL :	Implantation d'un programme d'amélioration continue des services informatiques	PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
ITSS :	Infections transmissibles sexuellement et par le sang	PRASAT :	Progiciel d'assurance-salaire et d'accident du travail
IUCPQ :	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	PREM :	Plan régional d'effectifs médicaux
IUSMQ :	Institut universitaire en santé mentale de Québec	PSI :	Plan de services individualisé
LPJ :	Loi sur la protection de la jeunesse	PSOC :	Programme de soutien aux organismes communautaires
LSJPA :	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents	PTE :	Plan triennal des équipements
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux	PTG :	Prothèse totale du genou
MDSA :	Moniteur défibrillateur semi-automatique	PTH :	Prothèse totale de la hanche
MEL :	Module d'évaluation-liaison	PTI :	Plan thérapeutique infirmier
MGF :	Manuel de gestion financière	RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
MOI :	Main-d'œuvre indépendante	RFI :	Réadaptation fonctionnelle intensive
MPOC :	Maladie pulmonaire obstructive chronique	RI :	Ressource intermédiaire
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux	RID :	Répertoire d'imagerie diagnostique
NEC :	Note d'évolution clinique	RMD :	Révision de la médication à domicile
NIU :	Numéro d'identification unique	RNI :	Ressource non institutionnelle
OASIS :	Objets et agents pour systèmes d'information et simulation	RQCT :	Réseau québécois de cardiologie tertiaire
OBNL :	Organisme à but non lucratif	RREGOP :	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
OEMC :	Outil d'évaluation multiclientèle	RRF :	Régime de retraite des fonctionnaires
OMS :	Organisation mondiale de la santé	RRPE :	Régime de retraite du personnel d'encadrement
ORIIQ :	Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec	RSIPA :	Réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
PACS :	Picture archiving and communication systems / Imagerie numérique	RTF :	Ressource de type familial
		RTSS :	Réseau de télécommunication sociosanitaire
		RUIS :	Réseau universitaire intégré de santé
		SAD :	Soutien à domicile

SARDM :	Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments	SRDV :	Spécialité en réadaptation en déficience visuelle
SBF-R :	Système budgétaire financier régional	TAP :	Technicien ambulancier/Paramédic
SGAS :	Système d'information pour la gestion de l'accès aux services	TBIG :	Tableau de bord d'information de gestion
SIDEP :	Service intégré de dépistage et de prévention	TCC :	Traumatisme craniocérébral
SIDIIEF :	Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone	TCE :	Trichloroéthylène
SIM :	Suivi intensif dans le milieu	TCR :	Technocentre régional
SIMASS :	Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés	TDM :	Tomodensitométrie
SIPPE :	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	TED :	Trouble envahissant du développement
SIR :	Système d'information radiologique	TIBD :	Traitement intensif bref à domicile
SIV :	Soutien d'intensité variable	TRCDMS :	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
SISPUQ :	Système d'information sur les services préhospitaliers d'urgence du Québec	UCDG :	Unité de courte durée gériatrique
SIU :	Système d'information sur l'utilisateur	UMF :	Unité de médecine familiale
SPGGR :	Saines pratiques de gestion généralement reconnues	URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
SPU :	Services préhospitaliers d'urgence	UTRF :	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
		VHC :	Virus de l'hépatite C
		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.

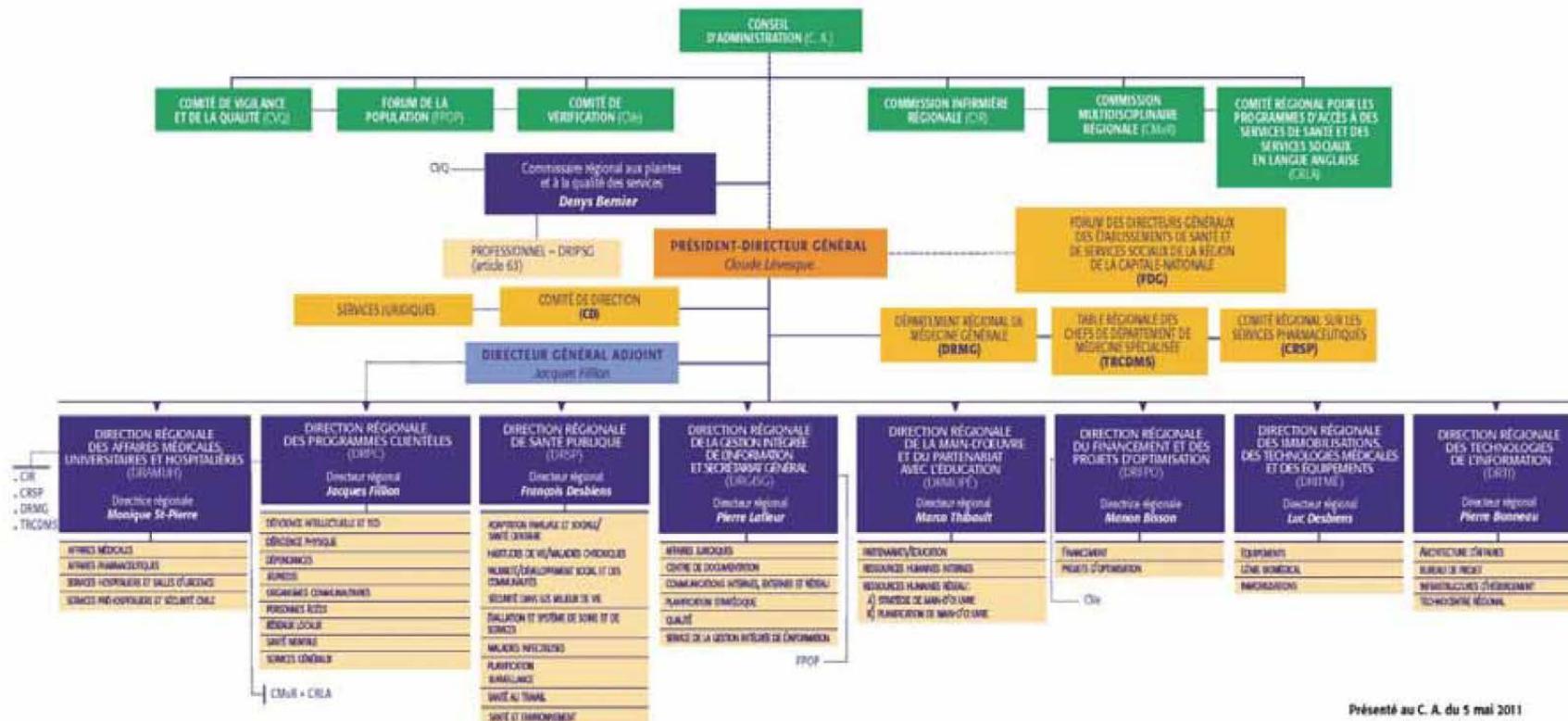
De plus, elle doit soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès d'eux pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population, concevoir des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapter 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 18 592 kilomètres carrés, soit la grande région de la Capitale-Nationale incluant les territoires de Charlevoix et de Portneuf, qui comprend 69 municipalités et 692 789 personnes en 2011. 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 1 761 608 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



Présenté au C. A. du 5 mai 2011

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

1.3 Membres du conseil d'administration

Bédard, Patricia	Comité des usagers des établissements Pont-Rouge (Québec)
Bélanger, Mario	Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale (CMuR) Québec (Québec)
Benoît, Diane	Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale (CIR) Québec (Québec)
Blouin, Yves (Président)	Membre coopté — Secteur public de l'enseignement Québec (Québec)
Harvey, Diane	Compétence en gestion — CSSS ou CHSLD Baie-Saint-Paul (Charlevoix)
Jean-Fortier, Christine	Milieu syndical Saint-Jean — Île d'Orléans (Québec)
Keck, Frédéric	Milieu communautaire Québec (Québec)
Lamontagne, Daniel	Département régional de médecine générale (DRMG) Saint-Romuald (Québec)
Lévesque, Claude (Secrétaire)	Président-directeur général de l'Agence Québec (Québec)
Marcoux, Sylvie	Université Laval Québec (Québec)
Michaud, Réal	Membre coopté — Compétence en gestion Québec (Québec)
Parent, Jean-François	Secteur public de l'enseignement Québec (Québec)
Piedboeuf, Bruno	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale (TRCDMS) Saint-Augustin (Québec)

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		8
– Établissement privé conventionné spécifique		1
– Établissements privés non conventionnés		6

1.5 Établissements offrant des services suprarégionaux

- CHUQ;
- CHA;
- CSSS de la Vieille-Capitale – Centre antipoison du Québec;
- Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ);
- IUCPQ;
- IRDPQ (institut social dans le secteur de l'intégration des personnes handicapées).

1.6 Établissements ayant une mission régionale

- Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV);
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDI de Québec);
- Centre jeunesse de Québec (CJQ) (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);
- IRDPQ.

1.7 Centres hospitaliers universitaires et instituts

- CHA : Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital du Saint-Sacrement;
- CHUQ : Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), Hôpital Saint-François d'Assise et L'Hôtel-Dieu de Québec;
- CJQ;
- CSSS de la Vieille-Capitale;
- IRDPQ;
- IUCPQ;
- IUSMQ.

1.8 Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale

La Commission infirmière régionale (CIR) a tenu cinq rencontres régulières au cours de l'année 2011-2012. Voici les principaux sujets qui ont été discutés dans le cadre des rencontres régulières :

- Valorisation de la pratique infirmière en santé mentale;
- Approche adaptée à la personne âgée – Module de formation en ligne;
- Programme régional de lutte contre le cancer;
- Soutien à la relève infirmière;
- Formation continue;
- Réflexion de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec sur la formation de la relève infirmière;
- Proposition de la Table sectorielle nationale des RUIS en soins infirmiers sur la formation de la relève infirmière;
- Projet régional des stages en soins infirmiers;
- Grands dossiers et priorités de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Au cours de 2011-2012, la CIR a émis un avis et un appui :

- Avis sur le Programme de lutte contre le cancer du réseau intégré de la Capitale-Nationale 2012-2017;
- Appui à la formation initiale universitaire des infirmières.

1.9 Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale

L'Agence a procédé, le 13 juin 2011, à une élection visant à désigner les membres de la CMuR. Dans le but de faciliter le bon fonctionnement des travaux de la Commission, les procédures pour les demandes d'avis ont été mises à jour afin de répondre efficacement au mandat défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Au cours de la dernière année, les membres de la CMuR se sont réunis à quatre reprises, ces rencontres leur ayant particulièrement permis de se familiariser avec les dossiers régionaux. Portés par un dynamisme renouvelé et une volonté d'assumer le mandat qui leur est confié, les membres s'engagent à soutenir le conseil d'administration et à contribuer avec les administrateurs à l'avancement des travaux régionaux.

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

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) de la Capitale-Nationale a tenu cinq séances ordinaires et une réunion extraordinaire concernant précisément la démarche associée au Plan régional des effectifs médicaux (PREM) quinquennal en spécialités. L'assemblée générale annuelle s'est tenue le 12 avril 2011.

La médecine spécialisée représente de nombreux défis d'organisation des services. Cette année, la TRCDMS s'est particulièrement attardée sur certains d'entre eux, notamment :

- Les travaux nécessaires à la planification quinquennale du PREM 2012-2015 (second volet). Encore cette année, ce dossier a grandement occupé la TRCDMS;
- Développement et mise à jour du PREM quinquennal et des règles de gestion;
- La situation des services en oto-rhino-laryngologie (ORL) depuis le début de l'automne 2011 à l'IUCPQ a été suivie de près par le comité de direction de la TRCDMS;
- Situation de la radiologie dans la région;
- Situation régionale de l'anatomopathologie;
- Discussions relatives aux ententes régionales concernant l'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec les cliniques d'imagerie privées;
- État de situation du dossier de la prise en charge de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) découlant de l'annonce ministérielle de février 2011;
- Dossier de la vétusté du bloc opératoire de l'Hôpital du Saint-Sacrement du CHA découlant de la visite d'Agrément Canada;
- Traumatologie : Prise en charge de la clientèle pédiatrique victime d'un traumatisme sévère de moins de 14 ans et mise en application de la nouvelle trajectoire de services pour tout l'est du Québec;
- Situation de l'urgence de l'IUCPQ en lien avec la pénurie d'effectifs médicaux;
- Discussions concernant l'entente de service en pédiatrie entre le CHUQ, le CHA et l'Agence visant à favoriser de façon continue l'accessibilité des soins et services en pédiatrie;
- Organisation des services en radio-oncologie dans la région de la Capitale-Nationale et partenariat avec la région de Chaudière-Appalaches;
- Cardiologie tertiaire : dossier de l'hémodynamie adulte au CHUL du CHUQ;
- Présentation du Programme de lutte contre le cancer du réseau intégré de la Capitale-Nationale 2012-2017, le 1^{er} novembre 2011, par le Dr Rosaire Vaillancourt, président du Comité directeur régional de la lutte contre le cancer de la Capitale-Nationale, et Mme Gabrielle Mercier-Leblond, consultante en organisation des services de santé;
- Présentation, le 28 février 2012, des règles concernant la gestion du processus lié aux élections du comité de direction de la TRCDMS par Me Suzanne Rompré, coordonnatrice des affaires juridiques et corporatives de l'Agence, en prévision des élections 2012;
- Présentation, le 28 février 2012, du Cadre de référence sur la détermination de l'intensité de soins par le Dr Antoine Kibrité, président du Comité sur la détermination de l'intensité de soins, et Mme Régina Lavoie, professionnelle répondante régionale du dossier de lutte contre le cancer. À la suite de cette présentation, une résolution favorable à l'adoption de ce cadre de référence a été émise par le comité directeur;
- Les conséquences sur la pratique des effectifs médicaux dans le cadre du Département régional en psychiatrie;
- Suivis des dossiers communs entre les régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches;
- Le dossier de la crise du médicament causée par l'arrêt de la production de l'usine pharmaceutique Sandoz, découlant d'une recommandation effectuée par la Food and Drug Administration.

Sur le plan des démarches de réorganisation régionale des services, la TRCDMS a traité des dossiers suivants :

- Suivi de la démarche régionale de réorganisation des services en orthopédie adulte et pédiatrique dans la région;
- Suivi de la démarche de réorganisation des services en ORL, abordée et discutée à plusieurs reprises. Le Dr Rénauld Bergeron, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval s'est joint à la TRCDMS le 13 décembre 2011, concernant le dossier de l'ORL. Une résolution concernant l'organisation régionale des services en ORL a été entérinée par les membres du comité de direction de la TRCDMS;
- La démarche de réorganisation des services en plastie a fait l'objet de suivis réguliers. D'ailleurs, la TRCDMS a émis une recommandation concernant le regroupement des plans des effectifs médicaux (PEM) de la région en un PEM regroupé au CHA, en suivi de la demande conjointe adressée en janvier 2012 par les directrices générales du CHUQ et du CHA;
- Avis de la TRCDMS concernant l'entente de service en chirurgie plastique élaborée en cohérence avec le regroupement des effectifs médicaux en chirurgie plastique au CHA, afin de s'assurer que l'ensemble des usagers puisse recevoir les soins requis dans chacun des établissements de la région en vertu de leur mission respective;
- Dépôt du deuxième rapport annuel du Comité régional de traumatologie de la Capitale-Nationale.

Assemblée générale annuelle

La TRCDMS a tenu son assemblée générale annuelle le 12 avril 2011. À cette occasion, le Dr Gaétan Barrette, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) s'est joint à la rencontre. Les principaux sujets abordés ont été l'important rôle de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée dans l'organisation des services et le point de vue de la FMSQ eu égard à la démarche ministérielle du PREM quinquennal. Finalement, le Dr Barrette a exposé, lors de son allocution, les enjeux de la médecine spécialisée.

L'Agence a procédé à l'envoi à tous les chefs de département de la région, pour une quatrième année consécutive, de la publication *La Table des chefs*. Ce numéro fait état de l'assemblée générale annuelle, du rapport du président de la Table, le Dr Jacques Villeneuve, des activités réalisées par le comité directeur, de même que les coordonnées nécessaires pour joindre les responsables pour suivi 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

Le conseil d'administration de l'Agence 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*, qui a été élaboré par le comité régional. Le programme a été déposé au ministre pour approbation. Le comité régional entreprendra, à la suite de l'approbation ministérielle, la réalisation d'un plan d'action axé sur les orientations privilégiées dans le programme d'accès 2011-2014.

En terminant, il faut rappeler que le comité régional maintient son appui et son intérêt pour le projet *Première ligne – Front line* dans le cadre du programme Adaptation des services de santé et des services sociaux du Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS).

1.12 Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale

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).

Au cours de l'année 2011-2012, le CRSP a tenu cinq réunions régulières, dont une élargie, y associant tous les chefs de département de pharmacie des centres hospitaliers et des centres de santé et de

services sociaux de la région. Un membre du CRSP ayant perdu sa qualité pour siéger au sein du comité a été remplacé en cours de mandat.

1.13 Département régional de médecine générale (DRMG) de la Capitale-Nationale

En 2011-2012, le Département régional de médecine générale s'est réuni 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 des 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. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, le comité de direction du DRMG s'est impliqué dans la recherche de solutions durables pour combler la pénurie en effectifs médicaux à l'urgence de l'IUCPQ, en collaboration avec la Table régionale des chefs d'urgence.

1.14 Les ressources humaines de l'Agence

	Exercice en cours	Exercice antérieur
Effectifs de l'Agence :		
Les cadres : (en date du 31 mars 2012)		
– Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	27	28
– Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	3	2
– Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers : (en date du 31 mars)		
– Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	191	193
– Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	37	43
– Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
L'ensemble du personnel (exercice 2011-2012) :		
– Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	478 973	487 005
– Équivalents temps complet	262	266

1.15 Politique relative au harcèlement psychologique au travail

Aucune plainte pour harcèlement psychologique au travail n'a été déposée en 2011-2012. Cette politique, en vigueur depuis le 11 novembre 2004, a été modifiée et adoptée lors de la séance du conseil d'administration de l'Agence, le 22 juin 2011.

1.16 Programme d'aide aux employés

Au cours de l'année 2011-2012, l'Agence a poursuivi son contrat avec l'entreprise Programme Horizon inc., consultants en ressources psychologiques des personnes et des organisations.

Le programme d'aide aux employés a reçu 53 demandes au cours de l'année. Ce nombre représente un taux d'utilisation des services de 19,6 %, comparativement à 11,2 % en 2010-2011 (29 demandes). La moyenne des consultations pour l'année 2011-2012 est de trois par demande.

Tout comme en 2010-2011, les motifs des demandes se rapportent plutôt à des aspects de la vie personnelle qu'à des aspects liés au travail.

Période	Aspect de la vie personnelle	Aspects liés au travail
2008-2009	67 %	33 %
2009-2010	78 %	23 %
2010-2011	80 %	20 %
2011-2012	77 %	23 %

1.17 Gestion des risques et de la qualité

Le Comité régional sur la qualité (CRQ) a poursuivi son action au cours de la dernière année par une collaboration réseau de tous les instants : Ministère – Agence – Établissements.

Le point d'orgue de cette année a été sans contredit la diffusion du premier rapport ministériel du Registre national des incidents et des accidents auquel tout le réseau de la santé et des services sociaux a participé au cours des dernières années. Rappelons que depuis le 1^{er} avril 2009, tous les établissements ont l'obligation de déclarer tous les incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

En corollaire à cet événement et au mandat du Comité régional sur la qualité (notamment un forum de discussions), une série d'activités ont été tenues en lien avec une saine gestion des risques et de la qualité :

- Quatre séances de formation, d'une durée d'une journée chacune, des membres de comité de gestion des risques des établissements, regroupant près de 100 personnes, ont été offertes en cours d'année;
- L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada a donné une formation de deux jours sur « L'analyse des causes souches » et « L'analyse des modes de défaillance et leurs effets »;
- Les représentantes du CHA et du CSSS de la Vieille-Capitale ont tour à tour présenté au Comité la politique de prévention des chutes de leur établissement :
 - Le CHA : stratégie de prévention des chutes en milieu hospitalier;
 - Le CSSS de la Vieille-Capitale : la prévention des chutes, du domicile à l'hébergement;
- Les représentants du CJC ont présenté et commenté deux avis du Comité du contentieux de l'Association des centres jeunesse du Québec concernant les responsabilités du gestionnaire de risques et la confidentialité;
- Suivant l'évolution des modes d'apprentissage (formation) basés sur l'utilisation des nouvelles technologies, le Comité régional des technologies de l'information de la Capitale-Nationale a mis en place une banque régionale de modules d'autoapprentissage en ligne (cyberapprentissage) afin de répondre à des besoins cliniques.

L'Agence, par son volet qualité, a participé activement au développement de la capsule *Mesures de contrôle : quand et comment / un guide pour les intervenants*. Ce projet a été priorisé par la Table régionale des directeurs généraux. Les intervenants peuvent y avoir accès en s'adressant aux ressources humaines de leur établissement.

En collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et les établissements de santé et de services sociaux de la région de la Capitale-Nationale, l'Agence a participé à l'inventaire des ressources et des réalisations en éthique clinique dans lesdits établissements. Cette opération visait à obtenir un portrait de l'évolution récente de ce dossier dans les établissements du réseau et à favoriser le partage des réalisations, notamment par le biais de références accessibles par l'intermédiaire du site Internet de l'Unité de l'éthique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Au début de l'année 2011-2012, D^{re} Sylvie Bernier, directrice de la Direction de la qualité au ministère de la Santé et des Services sociaux, a rencontré les membres du CRQ afin de leur faire part des objectifs et de la planification des activités de sa direction pour les prochaines années, principalement en ce qui a trait à la diffusion d'une politique ministérielle de l'assurance de la qualité. Cet objectif concorde avec celui de l'Agence pour son volet qualité.

2. ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

2.1 Entente de gestion et d'imputabilité

Afin de répondre aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de comptes introduits par la Loi sur l'administration publique, la Loi sur les services de santé et les services sociaux¹ édicte une série d'exigences menant à la signature d'ententes de gestion et d'imputabilité entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les agences de la santé et des services sociaux, ainsi qu'entre les agences et les établissements publics de leur réseau. 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 dans la mise en œuvre des grandes orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux.

En 2011-2012, la reddition de comptes des ententes de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux avec l'Agence et de l'Agence avec son réseau d'établissements est répartie en quatre catégories de résultats.

La première catégorie est associée aux priorités ministérielles. Il s'agit de sujets qui, au-delà de la planification stratégique ministérielle et de l'activité habituelle des agences et des établissements, sont jugés structurants et stratégiques pour l'évolution du réseau. On y retrouve les projets d'optimisation (qui consistent principalement à l'amélioration de l'accès aux services par une utilisation plus judicieuse des ressources), des objectifs liés directement à des mesures d'accessibilité aux services spécialisés ainsi que d'autres attentes particulières adressées à l'Agence par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les résultats de près d'une cinquantaine d'engagements sont présentés dans cette partie.

Le second volet de la reddition de comptes porte sur les résultats des indicateurs de la Planification stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Soixante indicateurs mesurent l'atteinte des objectifs fixés pour réaliser les orientations ministérielles en matière de prévention des problèmes de santé, d'intégration et de hiérarchisation des services de première ligne, de délai d'accès et de qualité des services, ainsi qu'en matière de contribution optimale des ressources humaines.

Les résultats pour ces deux premiers volets proviennent du Système ministériel de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED). Les données entre parenthèses présentent les corrections apportées par l'Agence faisant suite à une compilation plus conforme aux réalités régionales, par exemple, celles comprenant l'Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's. En effet, cet établissement exerce des activités dévolues aux CSSS pour la clientèle anglophone de la région, mais la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) l'exclut de son traitement, car il n'est pas reconnu en tant que tel par le ministère de la Santé et des Services sociaux. L'Agence corrige également les résultats en utilisant des données plus récentes issues de la banque régionale I-CLSC ou en compensant des erreurs ou des absences de transmission dans GESTRED.

Le troisième volet de la reddition de comptes se rapporte à la Planification stratégique en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale 2010-2015. Ayant une structure d'information différente de celle du plan stratégique ministériel, le plan régional a été conçu à partir de l'analyse du contexte et des enjeux régionaux jugés prioritaires par les acteurs associés directement et indirectement à la santé et aux services sociaux. Sans être très éloigné des principaux éléments de la planification ministérielle, il vient préciser des moyens pour répondre aux orientations nationales et pour respecter les grands engagements régionaux. En cette seconde année du plan régional quinquennal, 53 actions devant mener à la réalisation des objectifs en 2015 ont été formulées dans les secteurs de la prévention et de la promotion de la santé, des services de première ligne, de l'accès aux services spécialisés, des ressources humaines ainsi qu'au regard du caractère universitaire de la région.

1. 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 PDG 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 envers les établissements et des établissements envers l'Agence s'appliquent; ces engagements et d'autres doivent être inscrits dans une entente de gestion.

Le quatrième et dernier volet (l'annexe de santé publique) est aussi un volet régional. Il comprend des résultats particuliers attendus dans le cadre du programme de santé publique en lien avec les domaines et activités prévus au Plan d'action régional de santé publique 2009-2015.

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

**DECLARATION SUR LA FIABILITE DES DONNEES CONTENUES
DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITE
ET DES CONTROLES AFFERENTS**

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012 de (nom de l'agence) :

- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012.

Signé à Québec le 8 juin 2012

Nom : 

Titre : Président(e)-Directeur/trice général(e)

Reddition de comptes 2011-2012

Page | 1



2.1.1. Priorités ministérielles

Axe : Mesures d'optimisation

Actions régionales	Engagements	État d'avancement au 31 mars 2012
<p>La téléphonie IP</p> <p>Élaborer le plan d'affaires, assurer la mise en œuvre et déterminer les bénéfices régionaux.</p>	<p>Déposer au 2011-11-01 le plan régional d'optimisation de la téléphonie.</p>	<p>Action réalisée en totalité</p>
<p>La téléphonie cellulaire</p> <p>Assurer la mise en œuvre de la politique-cadre, établir les besoins de la région, revoir l'allocation des ressources et déterminer les bénéfices.</p>	<p>Déposer un bilan au 2012-03-31.</p>	<p>Action réalisée en totalité</p>
<p>La visioconférence</p> <p>Produire le plan régional de migration en respectant la politique-cadre émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux et en assurer la mise en œuvre.</p>	<p>Assurer la prise en charge des responsabilités régionales de coordination de la visioconférence pour le 2012-07-31.</p>	<p>Action réalisée en totalité</p>
<p>Le courrier électronique</p> <p>Concevoir le plan régional de migration en tenant compte du cadre de gestion et de la politique-cadre du ministère de la Santé et des Services sociaux, réaliser la migration des boîtes de courrier conformément au plan élaboré. Évaluer les coûts et bénéfices globaux du projet.</p>	<p>Déposer au 2012-03-31 le plan régional, l'état d'avancement de sa mise en œuvre et les bénéfices générés.</p>	<p>Action réalisée en totalité</p>
<p>La gestion du parc des postes de travail</p> <p>Effectuer l'étude technique, organisationnelle et financière (coûts et bénéfices), la stratégie de migration et le plan de réalisation. Démarrer le plan de migration.</p>	<p>Déposer au 2012-03-31 le plan triennal de mise en œuvre et un état d'avancement du projet.</p>	<p>Action réalisée en totalité</p>

Actions régionales	Engagements	État d'avancement au 31 mars 2012
<p>Le regroupement des centres de traitement de données</p> <p>Effectuer l'étude technique, organisationnelle et financière (coûts et bénéfiques), élaborer la stratégie de regroupement et le plan détaillé de consolidation des centres de traitement. Démarrer le plan de réalisation.</p>	<p>Réduire de 20 % par année le nombre de salles d'hébergement de serveurs de la région. Dresser au 2012-03-31 un état d'avancement du projet comprenant les bénéfices anticipés.</p>	<p>Action réalisée en totalité</p>
<p>Les services Info-santé 811 Collaboration à la transformation.</p> <p>Présenter le plan de gestion des RH selon les orientations retenues par le ministère de la Santé et des Services sociaux.</p>		<p>Se référer aux indicateurs sur la main-d'œuvre indépendante</p>
<p>L'énergie</p> <p>Collaborer à l'élaboration et à la mise en place du plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>Préparer des plans d'action régionaux en regard de l'efficacité énergétique et des gaz à effet de serre.</p>	<p>Réaliser des projets d'efficacité énergétique visant à améliorer la performance énergétique et à réduire le recours aux carburants fossiles en augmentant, entre autres, le recours aux énergies renouvelables.</p>	<p>Action réalisée en majorité</p>
<p>L'approvisionnement en commun</p> <p>Dépôt à la table des DG du cadre de gestion relatif aux acquisitions d'équipements en maintien d'actifs déjà approuvé par la table des DF/DST.</p> <p>Période d'essai d'un an d'un projet d'approvisionnement en commun relatif à ce cadre de gestion.</p>	<p>Dépôt d'un bilan des négociations d'équipements au 2012-03-31, avec quantification de la performance du processus.</p>	<p>Action réalisée en totalité</p>
<p>La clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED)</p>	<p>Production d'un plan d'action pour le 2012-09-30</p>	<p>Action réalisée en totalité</p>
<p>La réduction de la main-d'œuvre indépendante</p>		<p>Se référer aux indicateurs 3.06.01, 3.06.02, 3.06.03</p>

Actions régionales	Engagements	État d'avancement au 31 mars 2012
La réduction des heures supplémentaires		Se référer aux indicateurs 3.05.01, 3.05.02
La gestion de la présence au travail		Se référer à l'indicateur 3.01
La rationalisation et la mise en commun de processus administratifs		Aucun engagement en 2011-2012

Commentaires sur les résultats

L'énergie

Plusieurs projets d'efficacité énergétique ont été amorcés ou sont en cours de réalisation dans la région. En effet, les établissements suivants contribuent à améliorer la performance énergétique de leurs installations : l'IUSMQ, le CSSS de la Vieille-Capitale, le CHUQ, le CHA, le CJK, l'IRDPQ et l'Agence. Certains de ces projets sont réalisés avec un partenaire privé qui garantit les économies (projet ESE), avec subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux, alors que d'autres projets sont réalisés sur une base d'autofinancement conventionnel.

L'approvisionnement en commun

Le cadre de gestion relatif aux acquisitions d'équipements en maintien d'actifs a été présenté en 2011. La période d'essai a permis de réaliser des économies appréciables. De plus, en raison du succès de cette initiative régionale, le ministère de la Santé et des Services sociaux exigera le déploiement de cette mesure à l'ensemble du Québec, par l'entremise des nouveaux regroupements d'achats en commun.

Axe : *Accessibilité aux services*

Actions régionales	Engagements	État d'avancement au 31 mars 2012
L'inscription aux guichets d'accès Mise en place des guichets d'accès, diffusion des coordonnées et inscription de toutes les clientèles.	Tous les CSSS ont diffusé les coordonnées et ont inscrit les clientèles les plus vulnérables selon une échelle de priorités cliniques.	Action réalisée en partie
Déploiement des GMF Leadership exercé par l'Agence en concertation avec le DRMG et les CSSS	Respect de la cible d'un nouveau GMF	Se référer à l'indicateur 1.09.25
Durée moyenne de séjour à l'urgence L'Agence fixe la cible et convient d'une stratégie d'action.	Atteinte de la cible de 12 et moins	Se référer à l'indicateur 1.09.01

Actions régionales	Engagements	État d'avancement au 31 mars 2012
<p>Accès aux services spécialisés de chirurgie</p> <p>Stratégie ou plan d'action pour atteindre les objectifs.</p>	<p>90 % des personnes traitées dans un délai de 6 mois</p> <p>Élimination des personnes en attente au-delà de 9 mois</p> <p>Aucun patient en attente : > de 12 mois</p>	<p>Se référer aux indicateurs 1.09.20.01 à 1.09.20.05</p> <p>Se référer aux indicateurs 1.09.32.01 à 1.09.32.05</p>
<p>Accès aux services d'endoscopie</p> <p>Révision des processus et implantation de zones franches.</p> <p>Mise en place de centrales de RD.</p> <p>2^e offre au patient.</p>	<p>Révision des processus terminée.</p> <p>Processus formalisé pour une 2^e offre au patient.</p> <p>Intégrer les travaux de l'équipe pour le dépistage du cancer colorectal.</p> <p>Avoir un plan de déploiement de guichets uniques dans chaque établissement.</p>	<p>Action réalisée en partie</p>
<p>Accès aux services d'imagerie</p> <p>Révision des processus et implantation de zones franches.</p> <p>Mise en place de centrales de RD.</p>	<p>Actualisation du plan d'action national d'ici 24 mois.</p> <p>Évaluation du projet d'accès de nuit aux services d'IRM au CHA.</p>	<p>Action réalisée en partie</p>
<p>Accès au continuum de services AVC</p> <p>Participer à la désignation des centres tertiaires et à la coordination et la mise en place des corridors de services.</p>	<p>Désignation du centre tertiaire</p> <p>25 % des corridors de services établis</p>	<p>Action débutée</p>
<p>Accès au continuum de services de cardiologie</p> <p>Participer à la définition et à la coordination de la mise en place des corridors de services pour le respect des délais prescrits par rapport à l'IAMEST</p>	<p>Déploiement terminé pour la région</p>	<p>Action réalisée en majorité</p>
<p>Accès au continuum de services pour la douleur chronique</p> <p>Consortium déjà en place pour notre région et qui regroupe quatre établissements du RUIS-Laval : CHUQ, CHA, IRDPQ, CHA-HDL.</p>	<p>Nomination des centres régionaux et dépôt du plan de travail.</p>	<p>Action réalisée en totalité</p>

Actions régionales	Engagements	État d'avancement au 31 mars 2012
Démarche sous la responsabilité du CHUQ, et l'Agence est présente en mode participation et soutien aux travaux.		
<p>Configuration des services médicaux</p> <p>L'Agence, en collaboration avec la Faculté de médecine et les établissements, élabore et dépose le PREM en spécialité 2012-2015.</p>	Démarche terminée et dépôt du plan de déploiement des effectifs médicaux dans les instances concernées.	Action réalisée en totalité
<p>Laboratoires</p> <p>Collaboration à l'opération provinciale.</p>	Préparation de plans régionaux.	Action réalisée en partie
<p>Traumatologie</p> <p>Contribuer à la démarche et au processus d'optimisation.</p> <p>Participer à l'implantation des orientations qui en découlent.</p>	Implantation des orientations avec les établissements concernés	Action réalisée en majorité
<p>L'accès aux services de santé mentale à la population</p> <p>Élaboration du plan visant l'accessibilité, la hiérarchisation et la mise en place de corridors de services.</p>		Aucun engagement en 2011-2012
<p>L'accès aux services de psychiatrie légale</p> <p>Appui à la démarche et à la mise en place du réseau hiérarchisé.</p>	<p>Participation au sommet de la santé mentale.</p> <p>Dépôt d'un plan d'action pour la mise en place du réseau hiérarchisé selon les orientations convenues.</p>	Action non débutée

Commentaires sur les résultats

L'inscription aux guichets d'accès

Le nombre d'usagers à desservir est important et les ressources allouées pour le fonctionnement du guichet sont limitées. La population peut s'inscrire aux quatre guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille, qu'elle soit vulnérable ou pas. Les coordonnées téléphoniques des guichets sont diffusées à la population par le biais du 811 — Info-Santé. Les formulaires d'inscription au guichet des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord sont accessibles sur le Portail du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Les responsables des guichets des quatre CSSS ont fait une demande budgétaire pour ajouter des ressources (soins infirmiers et administration) afin de mieux gérer les multiples demandes des clients sans médecin de famille. L'Agence observe d'importantes listes d'attente, particulièrement dans les deux guichets de Québec-métro. La gestion et le traitement des demandes sont complexes. Les demandes arrivent par téléphone, par boîte vocale, par les sites Web des CSSS, par autoréférence et référence des cliniques-réseau. Les médecins acceptent de prendre en charge plusieurs personnes. En 2011-2012, dans la Capitale-Nationale, 12 197 personnes se sont inscrites au guichet et 11 309 personnes ont été recommandées.

Accès aux services d'endoscopie

Les travaux d'épuration des listes d'attente pour la colonoscopie sont en cours et se finaliseront à l'automne 2012. La complexité et la multitude de possibilités de voies d'entrée pour les demandes d'examen compliquent le travail d'harmonisation des processus et causent des délais. Nous avons concentré nos efforts sur la planification du déploiement de la phase 1 du projet de démonstration CHUQ-CHA pour le programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR). Par ailleurs, il n'y a pas d'avancée présentement pour envisager la possibilité d'une deuxième offre au patient.

Accès aux services d'imagerie

Les zones franches ne sont pas applicables pour les services d'imagerie médicale. Cette section a été retirée des indicateurs 2012-2013.

Certains projets de centralisation des rendez-vous sont en cours dans la région de la Capitale-Nationale. Le CSSS de Portneuf et le CHA ont centralisé les rendez-vous à un numéro unique pour le patient. Le CHUQ travaille aussi en ce sens. L'actualisation du plan d'action national suit son cours et devrait être terminée d'ici 24 mois.

Le projet d'accès de nuit aux services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au CHA a été achevé. Un financement d'un équivalent temps complet pour cinq nuits a été accordé au CHA. Ce financement régional permettra de réduire les listes d'attente pour tous les établissements de la région, en plus de la prise en charge de la clientèle obèse.

Accès au continuum de services pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Différents travaux préparatoires ont été effectués durant la dernière année. L'Agence était en attente d'orientations ministérielles qui nous sont parvenues en février 2012.

Afin de répondre aux attentes ministérielles, pour la prochaine année, un comité régional sera mis en place et l'Agence procédera à l'actualisation des attentes ministérielles pour le déploiement du continuum de services AVC. Le mandat a été entériné au comité de direction de l'Agence et présenté aux différentes tables de consultation de la région.

Accès au continuum de services de cardiologie

Des retards de livraison des équipements ont obligé à revoir l'échéancier. Le déploiement est en voie de se terminer pour la région de la Capitale-Nationale d'ici fin juin 2012. L'installation des équipements dans les véhicules ambulanciers est en voie d'être achevée et la formation aux intervenants est en cours. Le dossier se fait en collaboration avec l'unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU).

Accès au continuum de services pour la douleur chronique

Les établissements constituant le Centre d'expertise en douleur chronique (CEDC) du Réseau universitaire intégré en santé (RUIS) de l'Université Laval sont désignés depuis le 19 février 2010. Depuis, beaucoup de travaux ont été réalisés, auxquels l'Agence participe.

Le 26 avril 2012, l'Agence a déposé un projet de démonstration de la consolidation de la première ligne en douleur chronique. L'ensemble des projets des régions du RUIS-UL a été présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux le 1^{er} mai 2012. Les travaux se poursuivront dans la prochaine année, en

étroite collaboration avec la chargée de projet du CEDC du RUIS-UL et les acteurs concernés de la première ligne dans la région.

Configuration des services médicaux

Le 15 avril 2011, l'Agence a déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux le volet 2012-2015 de sa planification quinquennale 2011-2015 des effectifs médicaux en spécialités. Le 25 octobre 2011, le ministre répondait à cet effet, en transmettant à l'Agence le Plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialités 2012-2015, qui a été entériné par le Conseil d'administration de l'Agence lors de la séance tenue le 1^{er} décembre 2011. Le PREM 2012-2015 de la région de la Capitale-Nationale est en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2011 et a été diffusé aux établissements de la région.

Laboratoires

Pour le volet pertinence des tests, l'Agence ne peut se donner comme objectif régional la révision de la pertinence des analyses demandées aux laboratoires. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a comme objectif d'évaluer la pertinence avec le Collège des médecins et les fédérations médicales (FMSQ-FMOQ) et, après la conclusion des travaux, les régions pourront se donner comme objectif d'appliquer les recommandations. L'Agence collabore de façon active à l'opération régionale.

Le plan régional des corridors de services des laboratoires est établi depuis 2006 dans la région. L'actualisation du plan est toujours en cours.

Traumatologie

Les responsables régionaux sont à terminer les trajectoires concernant la prise en charge de la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCC) et une proposition formelle devrait être rendue disponible pour la fin juin 2012. Par ailleurs, le dossier de la traumatologie régionale est pleinement actif et les trajectoires de soins et services sont bien implantées et utilisées.

Axe : Attentes spécifiques à la région de la Capitale-Nationale

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats 2011-2012
Services intégrés en périnatalité				
1.01.12	Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	88,9	78	112,2
Vaccination				
1.01.14	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	57,9	85	81,3
1.01.15	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	41,9	85	59,7

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats 2011-2012
1.01.16.01 Proportion des enfants recevant en CSSS (CLSC) leur première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	Nouveau	85	58,3
4.01.01 Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitalier et occupant des lits de courte durée	5,62	3	5,54
Fin de soins actifs			
4.01.02 Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	1,83	3	2,39
4.01.03 Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	0,02	3	1,27
4.01.04 Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	3,36	3	2,48
4.01.05 Nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	10,67	3	9,23
4.01.06 Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	0,04	3	0,08
4.01.07 Nombre moyen de patients en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	0,48	3	0,16
Taux de déclaration			
4.01.08 Taux de déclaration en hébergement à partir des CHSGS des 75 ans et plus	4,41	5	4,03
En attente en chirurgie depuis plus d'un an			
1.09.32.01 Nombre de demandes en attente d'une intervention chirurgicale depuis plus d'un an — Arthroplastie totale de la hanche	3	0	2

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats 2011-2012
1.09.32.02 Nombre de demandes en attente d'une intervention chirurgicale depuis plus d'un an — Arthroplastie totale du genou	6	0	9
1.09.32.03 Nombre de demandes en attente d'une intervention chirurgicale depuis plus d'un an — Chirurgie de la cataracte	0	0	0
1.09.32.04 Nombre de demandes en attente d'une intervention chirurgicale depuis plus d'un an — Chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte)	140	0	212
1.09.32.05 Nombre de demandes en attente d'une intervention chirurgicale depuis plus d'un an — Chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou)	123	0	116

Commentaires sur les résultats

Services intégrés en périnatalité

Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE (1.01.12)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 112,2 % de femmes enceintes et de nouvelles mères ayant accouché qui ont bénéficié des SIPPE en 2011-2012. Un dépassement de 34,2 %, en point de pourcentage, de l'objectif régional de 78 % au 31 mars 2012. Ce sont 286 mères accouchées qui ont été rejointes, dépassant l'objectif établi de 255. Tous les établissements atteignent l'engagement.

Vaccination

Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais (1.01.14)

Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais (1.01.15)

Proportion des enfants recevant en CSSS (CLSC) leur première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais (1.01.16.01)

À l'échelle de la région, les indicateurs demeurent sous la cible fixée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par contre, deux CSSS l'atteignent, alors que des gains doivent être réalisés pour les deux autres CSSS. Il n'y a pas de comparaison possible avec les années antérieures, puisque le délai utilisé dans l'indicateur a été modifié pour l'année 2011-2012.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les retards vaccinaux. Une portion de ceux-ci s'explique par le comportement des parents, qui ne sont pas réceptifs aux interpellations des CSSS. Par contre, plusieurs interventions sont déjà mises en place par les établissements pour améliorer l'offre de vaccination. Par

exemple, les quatre CSSS soutiennent les parents dans la prise de rendez-vous : tous les CSSS font un rappel de la vaccination prévue à deux mois à tous les parents de nouveau-nés lors de la visite postnatale réalisée par l'infirmière du CSSS. Deux CSSS offrent trois rendez-vous pour la vaccination prévue à deux, quatre et six mois pour les parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS. Les deux autres CSSS offrent le rendez-vous pour la vaccination prévue à deux mois, puis le rendez-vous suivant est offert sur place. Tous les CSSS peuvent ajouter des plages horaires pour répondre à la demande dès que le délai pour la prise de rendez-vous dépasse un certain seuil et tous confirment le rendez-vous dans les jours précédents. La relance des parents qui ne se sont pas présentés est réalisée dans trois CSSS sur quatre. Le plan d'action pour la promotion de la vaccination offert sur le site de l'INSPQ décrit ces stratégies et en propose d'autres.

Les résultats des indicateurs de l'an passé, soit ceux cumulés en 2010-2011, ainsi que les priorités du plan d'action pour la promotion de la vaccination ont été présentés et discutés à la Table régionale de santé publique (TRSP), avec les gestionnaires du secteur Famille/Enfance/Jeunesse (FEJ) des quatre CSSS et avec les membres du comité régional sur le suivi des indicateurs OLO-SIPPE-Allaitement. La TRSP a convenu que le comité SIPPE-OLO était le lieu où les modalités d'intervention sont discutées entre les CSSS et avec le soutien de la Direction régionale de santé publique (DRSP), afin de surmonter les obstacles, de profiter des stratégies efficaces déployées dans certains CSSS, d'améliorer l'offre de services en vaccination et de maximiser le respect du calendrier vaccinal. Dans les faits, le sujet des retards vaccinaux a été abordé à quelques reprises lors des rencontres du comité SIPPE-OLO et des rencontres individuelles entre les intervenants des CSSS et des professionnels de la DRSP ont eu lieu pour améliorer l'offre de services en vaccination 0-2 ans. Une rencontre regroupant des professionnels de la DRSP et des représentants des quatre CSSS (les personnes participant au comité SIPPE-OLO accompagnées d'intervenants directement concernés dans l'organisation de la vaccination des nourrissons dans leur établissement) a également eu lieu. Ce fut une occasion unique de partager les différentes procédures utilisées, les obstacles rencontrés et les stratégies déployées dans chacun des CSSS pour faciliter l'offre de vaccination. Des interventions ont été mises en place récemment dans certains CSSS. Par exemple, deux CSSS prennent contact par téléphone avec les parents environ deux mois avant la vaccination prévue à douze et dix-huit mois pour offrir un rendez-vous de vaccination qui respectera le délai de deux semaines suivant le moment prévu de vaccination. Les deux autres CSSS offrent un rendez-vous pour les vaccins d'un an lors de la vaccination de six mois. Les résultats de l'indicateur à deux mois (DCaT-Polio-Hib) tendent à montrer que les efforts des CSSS sont porteurs de succès. Un délai avant l'observation d'un impact sur les indicateurs à un an est normal.

Fin de soins actifs

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 (4.01.01)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a connu une moyenne quotidienne de 5,54 patients en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée, soit 2,54 de plus que l'engagement. Tous les établissements ont dépassé leur engagement, à l'exception du CSSS de Charlevoix.

Plusieurs raisons expliquent la non-atteinte des engagements associés aux patients en situation de fin de soins actifs. Mentionnons d'abord que la norme visée par l'indicateur, de trois patients par jour, est en elle-même difficile à respecter pour certains établissements, compte tenu du vieillissement de la population desservie et de l'achalandage important que connaissent les hôpitaux. L'exercice financier 2011-2012 a été largement teinté par plusieurs changements majeurs touchant les pratiques reliées au processus de déclaration en hébergement, notamment auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie. Au regard de la performance observée, il faut également considérer l'impact significatif en temps pour assurer une intégration chez les intervenants des nouveaux outils d'évaluation, ainsi que les changements de responsabilités impliquant les nouvelles trajectoires de services.

Des ressources additionnelles ont été déployées dans la communauté en vue de répondre à la clientèle en perte d'autonomie, mais qui ne présente pas un profil de besoins requérant un hébergement en

CHSLD. Les CSSS ont soutenu la mise en place de ces projets particuliers, et plus particulièrement, au regard de la clientèle présentant des troubles de comportement.

La période estivale de 2011 a été également difficile en raison du non-remplacement des travailleurs sociaux-réseau (TSR) exerçant en milieu hospitalier, ce qui a occasionné des délais dans l'évaluation et l'orientation des patients en situation de fin de soins actifs. De plus, les CSSS ont dû réajuster leur offre de services en soutien à domicile pour permettre aux personnes qui le pouvaient d'être réorientées à leur domicile d'origine ou en résidence privée avec un plan de services rehaussé.

Du côté des milieux hospitaliers, l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en est à ses débuts. L'implantation de cette nouvelle approche permettra entre autres de prévenir le déconditionnement des personnes âgées qui demeurent plusieurs heures sur une civière ou dans un lit d'hospitalisation sans programme de mobilisation.

Ainsi, plusieurs mesures sont en phase de consolidation présentement, notamment la présence des travailleurs sociaux-réseau en milieu hospitalier, le dépistage précoce de la clientèle en perte d'autonomie, dès son admission en centre hospitalier, le meilleur arrimage avec les services de première ligne, les mesures d'intensification de services à domicile par les CSSS. Aussi, des travaux conjoints CH-CSSS sont en cours afin d'améliorer notamment la trajectoire du patient déclaré en hébergement, l'évaluation de celui-ci par un intervenant qui utilise l'OEMC informatisé et le profil ISO-SMAF permettant d'évaluer uniformément et d'orienter la clientèle vers les ressources appropriées. Une révision des processus menant à la déclaration d'hébergement est en cours, ainsi que des audits de qualité sur les documents remplis pour évaluer les patients. L'offre de services en ressources intermédiaires sera rehaussée par l'ajout de places, ce qui permettra de répondre davantage à certains profils de clientèle et d'éviter le recours à l'hébergement.

Toutes ces mesures et le travail de concertation CH-CSSS permettront assurément d'améliorer la performance régionale.

Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (4.01.02)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a connu une moyenne quotidienne de 2,39 patients en attente de services de soins palliatifs et occupant des lits de courte durée, soit 0,61 de moins que l'engagement. Tous les établissements ont respecté l'engagement, à l'exception du CHA et de l'IUCPQ.

Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (4.01.03)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La région de la Capitale-Nationale a connu une moyenne quotidienne de 1,27 patient en attente de convalescence et occupant des lits de courte durée, soit 1,73 de moins que l'engagement. Tous les établissements ont respecté leur objectif.

Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (4.01.04)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale présente une moyenne quotidienne de 2,48 patients en attente de réadaptation et occupant des lits de courte durée, soit 0,52 de moins que l'engagement. Le CHUQ et le CHA n'ont pas été en mesure de respecter l'engagement.

Nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale (4.01.05)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La région de la Capitale-Nationale a connu une moyenne quotidienne de 9,23 patients en attente de CHSLD et occupant des lits de courte durée, soit 6,23 de plus que l'engagement. Seul le CSSS de Charlevoix a été en mesure de respecter l'objectif.

Les explications rapportées à l'indicateur 4.01.01 valent également pour cet indicateur.

Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale (4.01.06)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La région de la Capitale-Nationale a connu une performance de 0,08 patient en moyenne quotidiennement en attente de ressources non institutionnelles (RNI) et occupant des lits de courte durée, soit 2,92 de moins que l'engagement. Tous les établissements atteignent leur objectif.

Nombre moyen de patients en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (4.01.07)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La région de la Capitale-Nationale a connu une moyenne quotidienne de 0,16 patient en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale et occupant des lits de courte durée, soit 2,84 de moins que l'engagement. Tous les établissements atteignent leur engagement.

Taux de déclaration

Taux de déclaration en hébergement à partir des CHSGS des 75 ans et plus (4.01.08)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 4,03 % des personnes de 75 ans et plus hospitalisées par l'urgence pour lesquelles une demande d'hébergement a été faite, soit 0,97 % de moins que l'engagement fixé à 5 %. Le CHUQ n'atteint pas l'objectif, mais de peu.

Attente en chirurgie depuis plus d'un an

Nombre de demandes en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an — Arthroplastie totale de la hanche (1.09.32.01)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement pour l'arthroplastie totale de la hanche. Le résultat régional est de deux demandes en attente d'intervention chirurgicale depuis plus d'un an, soit deux demandes de plus que l'engagement fixé à zéro. Le CHUQ n'atteint pas l'engagement.

Nombre de demandes en attente depuis plus d'un an — Arthroplastie totale du genou (1.09.32.02)

Pour l'arthroplastie totale du genou, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de neuf demandes en attente d'intervention chirurgicale depuis plus d'un an, soit neuf demandes de plus que l'engagement fixé à zéro. Le CHUQ n'atteint pas l'engagement.

Pour le CHUQ, la situation s'explique par la complexité des interventions et par le fait qu'un seul chirurgien orthopédique effectue ce type de chirurgie. Il s'agit d'opérations de « derniers recours » pour des patients qui acceptent l'attente et qui refusent d'être redirigés ailleurs ou d'être retirés de la liste d'attente. L'établissement offre un soutien à ce chirurgien et entreprend des démarches pour remédier à la situation. En même temps, l'établissement doit revoir son nombre de priorités opératoires. Un suivi rigoureux est fait par le Fichier 1B du ministre ainsi qu'un suivi trimestriel des cas en attente avec l'établissement, et le tout est transmis au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Nombre de demandes en attente d'une intervention chirurgicale depuis plus d'un an — Chirurgie de la cataracte (1.09.32.03)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale est de zéro demande en attente d'intervention chirurgicale depuis plus d'un an.

Nombre de demandes en attente d'une intervention chirurgicale depuis plus d'un an — Chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte) (1.09.32.04)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 212 demandes en attente d'une chirurgie d'un jour depuis plus d'un an, soit 212 demandes de plus que l'engagement fixé à 0. Le CHUQ et le CHA n'atteignent pas leur engagement.

La situation a été analysée de près avec les établissements. Les motifs sont connus et nécessitent des actions particulières mises de l'avant présentement par les établissements. Les directions d'établissement ont effectué des suivis auprès des médecins concernés en vue de régulariser la situation et de prioriser rapidement ces cas en tenant compte des priorités opératoires. Ces situations sont suivies rigoureusement par les centres hospitaliers et ceux-ci font un suivi directement aux instances ministérielles. Nous n'avons aucune alternative ou deuxième offre à proposer à cette clientèle.

Nombre de demandes en attente d'une intervention chirurgicale depuis plus d'un an — Chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou) (1.09.32.05)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 116 demandes en attente d'une chirurgie avec hospitalisation depuis plus d'un an, soit 116 demandes de plus que l'engagement fixé à 0. Aucun établissement n'atteint son engagement, à l'exception du CSSS de Charlevoix.

Les suivis sont effectués auprès des établissements qui sont bien au fait des situations et prennent les mesures nécessaires pour régulariser l'état des choses à moyen terme. Ces cas sont en lien direct avec les cas complexes en attente de chirurgiens orthopédiques et qu'un seul médecin accepte d'opérer. Comme mentionné pour la chirurgie d'un jour, un suivi rigoureux est effectué auprès des instances ministérielles. L'Agence est également en lien avec la personne responsable de l'accès pour que ces cas soient dans les priorités opératoires de ce chirurgien orthopédique. L'Agence n'a aucune solution de remplacement ou deuxième offre pour cette clientèle.

2.1.2. Planification stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux

Axe d'intervention : *Prévention dans les continuums de services*

Objectifs de résultats

1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats 2011-2012
1.01.20	Pourcentage moyen d'implantation des activités du PNSP	82,3	83	Non disponible

Le prochain suivi du PNSP sera fait en 2012-2013 et le degré d'atteinte pour notre région devrait être disponible en juin 2013. C'est pourquoi on ne peut présentement savoir si la région atteint la cible pour 2011-2012. Le suivi du PNSP est bisannuel, la reddition de comptes se fera au terme de l'année 2012-2013.

Axe d'intervention : *Prévention dans les continuums de services*

Objectifs de résultats

- 1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants :
- infections transmissibles sexuellement et par le sang
 - habitudes de vie et maladies chroniques
 - chutes chez les personnes âgées
 - suicide

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
1.01.21	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	Nouveau	71	73

* Résultats en date du 23 mai 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 73 % des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien, un dépassement de 2 %, en point de pourcentage, de l'objectif régional.

Axe d'intervention : *Services médicaux et infirmiers*

Objectifs de résultats

- 2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats 2011-2012
1.09.25	Nombre total de GMF implantés	Nouveau	29	28

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La région de la Capitale-Nationale compte 28 groupes de médecine de famille (GMF) implantés, pour un écart défavorable de seulement 1. Pour le CSSS de Québec-Nord, l'abandon du projet de GMF sur la Côte-de-Beaupré contribue à la non-atteinte de l'engagement 2011-2012.

Pour le CSSS de la Vieille-Capitale, l'engagement est atteint (13 GMF). Pour le CSSS de Québec-Nord, l'abandon du projet de GMF sur la Côte-de-Beaupré par l'équipe médicale ramène la situation observée à 11 GMF sur le territoire.

Axe d'intervention : *Services médicaux et infirmiers*

Objectifs de résultats

2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
3.07	Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	Nouveau	8	8

* Résultats en date du 17 mai 2012, système TBIG, MSSS

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La région dénombre huit infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne. Tous les établissements ont atteint l'engagement.

Axe d'intervention : *Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance*

Objectifs de résultats

2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
1.06.10	Pourcentage des territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	Nouveau	Action engagée	Action engagée

* Résultats en date du 18 mai 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

À l'évaluation de la situation à la période 13, il appert que l'engagement dans la mise en place d'un programme d'intervention en négligence reconnu efficace dans tous les territoires est atteint.

La mise en place d'un programme en négligence présente une certaine complexité, notamment parce qu'il faut bien saisir la problématique en première ligne, déterminer les meilleures pratiques, cibler les territoires à forte proportion de négligence, puis assurer le déploiement.

L'année 2011-2012 a permis de finaliser la rédaction du cadre d'intervention régional en négligence et de cibler les territoires à plus forte proportion de négligence. L'année 2012-2013, avec un financement prévu dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse, permettra de développer des projets pilotes sur chacun des territoires de CSSS et de former les intervenants aux meilleures pratiques dans ce domaine.

Axe d'intervention : *Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance*

Objectifs de résultats

2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
1.08.09	Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	6 360	6 637	4 165

* Résultats en date du 7 mai 2012, système TBIG, MSSS.

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 modérés ou graves, mais dont les symptômes sont stabilisés.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. Le nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS est évalué à 4 165, soit 2 472 usagers de moins que l'engagement visé (6 637). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur engagement.

Pour les secteurs de Charlevoix et de Québec-Nord, des problèmes de saisie de données faussent le portrait des personnes rencontrées. On devrait lire pour Charlevoix un total de 666 personnes et pour Québec-Nord un total de 1956 personnes, soit 707 personnes de plus en période 13 (pour un total régional de 4 872).

L'application, au cours de la dernière année, d'une modification des centres d'activités admissibles a entraîné une diminution des résultats pour l'ensemble des CSSS. De plus, l'indicateur actuel ne permet pas de saisir une part importante des interventions effectuées par les intervenants des établissements, soit l'ensemble des interventions autres que celles effectuées sur une base individuelle auprès des clientèles avec diagnostic en santé mentale.

Rappelons aussi que pour les secteurs urbains, de nombreuses personnes reçoivent des services par les organismes communautaires, une information qui ne peut pas être comptabilisée par cet indicateur.

Des représentations ont été faites auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux afin que soient clarifiées la nature de cet indicateur et les mesures qui permettraient de traduire plus fidèlement l'ensemble des activités effectuées.

Des travaux devront aussi être entrepris afin d'assurer la mise en place, selon les orientations ministérielles, des professionnels répondants, une mesure considérée dans le calcul de cet indicateur.

Axe d'intervention : *Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance*

Objectifs de résultats

2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
1.08.05	Nombre de places offertes en services de soutien variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	642	894	634 (895)
1.08.06	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	70	110	78 (88)

* Résultats en date du 18 mai 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

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

La valeur inscrite entre parenthèses a été ajustée par l'Agence. L'indicateur 1.08.05 comprend les places offertes en services de soutien variable dans la communauté par les organismes communautaires. L'indicateur 1.08.06 comprend les services d'une deuxième équipe de suivi intensif qui a été mise en place par l'IUSMQ; elle diffère toutefois d'une équipe Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT) et répond à un modèle de traitement intensif bref à domicile (TIBD) allant jusqu'à six semaines.

Nombre de places offertes en services de soutien variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services (1.08.05)

Les services de soutien d'intensité variable dans la communauté (SIV), 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 difficultés vécues par ces personnes sont telles qu'elles nécessitent un soutien et des soins soutenus à moyen ou long terme. 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 obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint une production de 634 usagers (ou places) desservis par période dans les CSSS pour du soutien d'intensité variable (SIV), un nombre inférieur de 260 usagers par rapport à l'engagement au 31 mars 2012 (engagement 2011-2012 de 894 usagers excluant les organismes communautaires). Tous les CSSS présentent un écart défavorable par rapport à leur engagement, à l'exception du CSSS de Charlevoix (et pour une faible proportion du CSSS de Portneuf). Toutefois, en ajoutant les 289 places (usagers par période) offertes par les organismes communautaires, la région de la Capitale-Nationale a rejoint 923 usagers par période, un résultat qui s'approche de l'engagement 2011-2012 qui comprenait les organismes communautaires, soit 1 054.

Bien que de nouveaux crédits aient été alloués pour aider les établissements à atteindre leur engagement, ceux-ci ont été versés trop tard dans l'année pour avoir un impact sur les résultats observés, particulièrement pour les territoires urbains.

Pour le territoire de Portneuf, bien que l'écart entre l'engagement et le résultat observé soit faible, il est important de tenir compte de l'étendue du territoire, qui limite la capacité de déplacement de certains usagers vers le grand centre pour obtenir des services de suivi intensif avec la fréquence requise de la part de l'équipe SIV.

Nous avons également eu confirmation par le Centre national d'excellence en santé mentale que les suivis cliniques en ressources non institutionnelles (RNI) ne peuvent être comptabilisés comme du SIV (tel qu'entendu par le CSSS de Québec-Nord).

Une formation a été offerte à tous les CSSS de la région par le Centre national d'excellence en santé mentale afin d'harmoniser la pratique en SIV. Un suivi post-formation est également en cours afin d'assurer une application uniforme de cette pratique sur l'ensemble du territoire. Au terme de cet exercice, une sélection plus appropriée des personnes et des interventions correspondant à cette activité devrait nous donner un portrait plus près des requis attendus pour ce service.

Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services (1.08.06)

Les services de suivi intensif dans le milieu (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 aux prises avec des troubles mentaux graves 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'IUSMQ.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 88 usagers desservis en moyenne par période pour des services de soutien intensif dans la communauté (SIM), y compris l'équipe TIBD qui a vu en moyenne 14,23 personnes par période. Il s'agit de 22 de moins que l'engagement de 110. L'IUSMQ est le seul établissement qui donne ces services.

La mise en place de la deuxième équipe du Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT), en considérant les réalités cliniques propres à l'intégration progressive des nouvelles personnes et la méthode de calcul basée sur la moyenne des périodes de l'année, explique une partie de l'écart entre l'engagement et les résultats obtenus. Cependant, la progression observée depuis la mise en place de la deuxième équipe (en novembre 2011) porte à croire que la situation se régularisera en 2012-2013. D'autre part, il est à souhaiter, nonobstant les mesures prévues pour atténuer l'impact des absences du médecin traitant dans l'équipe de traitement intensif bref à domicile (TIBD), qu'un effort coordonné de l'ensemble des équipes permette également de réaliser le niveau attendu par les engagements visant cette modalité de service.

Axe d'intervention : Réseaux de services intégrés

Objectifs de résultats

2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du ministère de la Santé et des Services sociaux

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
1.03.06	Degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans les réseaux locaux de services	56,07	63	58

* Résultats en date du 29 mai 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. Le degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés à la personne âgée (RSIPA) dans les réseaux locaux de la région de la Capitale-Nationale est de 58 %, soit 5 % de moins que l'engagement fixé à 63 %. Le CSSS de la Vieille-Capitale et le CSSS de Charlevoix n'atteignent pas leur objectif.

Certaines composantes sont très faiblement implantées, dont la gestion de cas et les plans d'intervention, et feront l'objet de travaux régionaux. La table régionale des directeurs en soutien à domicile mandatera des comités cliniques pour travailler sur ces deux composantes.

Axe d'intervention : **Adaptation des services**

Objectifs de résultats

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

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
1.03.07	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	Nouveau	100 % des établissements ont amorcé la mise en place des composantes	100 % des établissements ont amorcé la mise en place des composantes

* Résultats en date du 22 mai 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Au terme de la période 13, l'évaluation de la situation indique l'atteinte de l'engagement. En effet, 100 % des centres hospitaliers a amorcé la mise en place des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée. Les centres hospitaliers de la région ont déposé leur plan d'action, dans lequel on retrouve le déploiement des composantes de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) jusqu'en 2015.

Tous les CHSGS sont en processus d'implantation. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit déterminer les paramètres afin de mieux baliser l'état d'avancement de l'implantation de l'AAPA. Ces précisions nous permettront de situer plus clairement chaque année, l'état d'avancement de chacun des établissements vers la cible 2015.

Axe d'intervention : **Services de soutien à domicile**

Objectifs de résultats

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

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
1.03.05.01	Nombre d'usagers et nombre total d'heures de services de soutien à domicile par les différents modes d'offre de services (CSSS)	776 878	767 330 (768 298)	851 621 (852 687)

* Résultats en date du 7 mai 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

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

La valeur inscrite entre parenthèses est ajustée par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CSLC en date du 27 avril 2012. L'Agence comptabilise les heures de services de soutien à domicile par l'établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec, l'Hôpital Jeffery-Hale —Saint Brigid's.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 852 687 heures de services de SAD de longue durée, ce qui représente un dépassement de 84 389 heures (11 %) de l'engagement 2011-2012 et un dépassement de 29 211 heures (3,4 %) de la cible 2015 (non montré dans le tableau). Les CSSS de Vieille-Capitale et de Québec-Nord ont augmenté l'offre de service de l'allocation directe (intensification de service pour les activités de la vie quotidienne (AVQ)) pour désengorger les urgences de la région depuis le mois de mai 2011, ce qui explique l'importante augmentation du nombre d'heures.

Axe d'intervention : **Services sociaux et de réadaptation**

Objectifs de résultats

- 3.1.1 Assurer aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :
- pour les personnes dont la demande est de priorité urgente : 3 jours
 - pour les personnes dont la demande est de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR
 - pour les personnes dont la demande est de priorité modérée : 1 an

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
1.45 Pourcentage de personnes ayant une déficience traitée dans les délais établis			
1.45.04.01 Respect des délais d'accès en CSSS pour les demandes de toutes priorités et de tous âges en DP	73,9	90	68
1.45.04.05 Respect des délais d'accès en CRDP pour les demandes de toutes priorités et de tous âges en DP	80,9	90	89,5
1.45.05.01 Respect des délais d'accès en CSSS pour les demandes de toutes priorités et de tous âges en DI-TED	36,5	90	55,1
1.45.05.05 Respect des délais d'accès en CRDI pour les demandes de toutes priorités et de tous âges en DI-TED	70,4	90	91,8

* Résultats en date du 7 mai 2012, système TBIG, MSSS.

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 la gestion de l'accès aux services.

Respect des délais d'accès en CSSS pour les demandes de toutes priorités et de tous âges en DP (1.45.04.01)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 68 % des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, soit 22 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement de 90 %. Tous les établissements n'ont pas atteint l'objectif. Il s'agit d'une détérioration de 5,9 % par rapport au résultat 2010-2011, où 73,9 % des demandes étaient traitées dans les délais. Il est à noter que les demandes de priorité urgente et élevée sont incluses dans ce résultat.

Le CSSS de Québec-Nord, qui fait considérablement baisser la moyenne régionale, a connu un enjeu de codification et au même moment, un changement de système d'information. Par exemple, on retrouvait dans leurs données un nombre anormalement élevé de cas de priorité « urgente » qui, en réalité, n'étaient pas des cas urgents et auquel on ne répondait pas comme tel. Une fois la priorité inscrite, il est impossible de la corriger dans le système d'information. La codification des priorités est un enjeu constant pour les CSSS, du fait du roulement de personnel et du fait que l'accueil répond à plusieurs types de clientèles (famille-enfance-jeunesse, services généraux, etc.).

L'Agence fait le suivi des cibles à la Table des gestionnaires d'accès. De plus, l'Agence a fait ce printemps une tournée de tous les établissements afin de rappeler l'importance du Plan d'accès.

Respect des délais d'accès en CRDP pour les demandes de toutes priorités et de tous âges en DP (1.45.04.05)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement, bien que l'écart soit minime. La performance régionale, qui est le fait d'un seul établissement, a atteint 89,5 % des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, soit un faible 0,5 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement. Il s'agit toutefois d'une amélioration de 8,6 % par rapport au résultat 2010-2011, où 80,9 % des demandes étaient traitées dans les délais. Il est à noter que les demandes de priorité urgente, élevée et modérée sont incluses dans ce résultat.

Les résultats sont excellents pour la déficience motrice, la déficience visuelle et la déficience auditive. Seule la déficience du langage n'atteint pas la cible et fait baisser la moyenne de l'établissement. Cependant, cela s'explique par le fait qu'il a reçu beaucoup plus de recommandations et a traité un plus grand nombre d'enfants.

L'établissement suit de très près ses taux de respect et tente de répondre à une demande en forte croissance.

Respect des délais d'accès en CSSS pour les demandes de toutes priorités et de tous âges en DI-TED (1.45.05.01)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 55,1 % des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (DI-TED), soit 34,9 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement de 90 %. Tous les établissements n'ont pas atteint l'objectif. Il s'agit toutefois d'une amélioration de 18,6 % par rapport au résultat 2010-2011 où 36,5 % des demandes étaient traitées dans les délais. Il est à noter que les demandes de priorité urgente et élevée sont incluses dans ce résultat.

Comme mentionné à l'indicateur 1.45.04.01, le CSSS de Québec-Nord a connu un enjeu de codification et un changement de système d'information. De plus, on remarque qu'en CSSS, le volume des demandes de soutien à domicile est particulièrement important pour la clientèle en déficience physique (DP). Comme les besoins de cette clientèle sont souvent primaires (se faire lever, se faire laver, etc.), ils ont souvent tendance à être satisfaits en priorité, au détriment de la clientèle DI-TED, ce qui explique que les taux de respect sont plus bas que pour la clientèle DP.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 91,8 % des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, soit 1,8 %, en point de pourcentage, de plus que l'engagement de 90 %. Le CSSS de Charlevoix (pour sa mission réadaptation) n'atteint pas l'objectif, avec 2,5 % de moins. Il s'agit toutefois d'une amélioration de 21,4 %, en point de pourcentage, par rapport au résultat 2010-2011 où 70,4 % des demandes étaient traitées dans les délais. Il est à noter que les demandes de priorité urgente, élevée et modérée sont incluses dans ce résultat.

Axe d'intervention : **Services sociaux et de réadaptation**

Objectifs de résultats

3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
1.07.04	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	53,5	60	59,1

* Résultats en date du 7 mai 2012, système TBIG, MSSS.

Cet indicateur vise à évaluer un 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 qu'un délai rapide d'accès pour l'obtention d'un premier service est crucial chez l'utilisateur pour poursuivre sa démarche auprès de l'établissement.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement, bien que l'écart soit minime. La performance régionale montre que 59,1 % des personnes sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, un faible 1,0 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement. Le CRUV est le seul établissement contribuant au résultat régional.

Des difficultés ont été rencontrées dans la mise en application d'un nouveau modèle d'accueil, d'évaluation et d'orientation qui vise la réduction des délais à l'évaluation ainsi qu'à l'accès aux services. De plus, un important mouvement de personnel a été observé qui s'est traduit par des difficultés à court terme de remplacement des congés (maladies, maternité, départ, etc.). Enfin, l'absence des usagers est un facteur à prendre en considération dans la non-atteinte de la cible, car les comportements d'absence et de report des rendez-vous sont fréquemment observés chez cette clientèle.

L'année 2012-2013 servira à consolider ce nouveau modèle en tentant de trouver des réponses aux difficultés rencontrées, telles que le manque de personnel dans l'équipe d'évaluation spécialisée et la lourdeur du processus d'évaluation.

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Objectifs de résultats

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

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
1.09.20	Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais			
.01	Arthroplastie totale de la hanche	81,0	90	63,9
.02	Arthroplastie totale du genou	77,1	90	61
.03	Chirurgie de la cataracte	94,4	90	94,6
.04	Chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte)	93,7	90	92,1
.05	Chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou)	93,5	90	93,9

* Résultats en date du 7 mai 2012, système TBIG, MSSS.

Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais — Arthroplastie totale de la hanche (1.09.20.01)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement pour l'arthroplastie totale de la hanche. La performance régionale a atteint 63,9 % des opérations réalisées dans les délais prescrits, soit 26,1 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement de 90 %. Il s'agit d'une détérioration de 17,1 % par rapport au résultat 2010-2011, où ce taux atteignait 81 % (non montré dans le tableau). Le CHA et le CHUQ n'atteignent pas leur objectif.

Le manque majeur d'effectifs infirmiers œuvrant au bloc opératoire qu'a connu le CHA en 2010-2011 a été régularisé au cours de l'automne 2011. La reprise du rythme de production s'est effectuée sur plusieurs mois. En outre, une réorganisation du travail au bloc opératoire fait maintenant en sorte que les activités ne cessent plus à l'heure du dîner et favorise donc une utilisation sans interruption des salles. L'effet de ces mesures prendra quelques mois avant de générer des résultats significatifs en matière de production et de performance (amélioration des délais d'intervention). Enfin, le CHA rapporte une augmentation des cas d'interventions chirurgicales urgentes transitées par l'urgence, ce qui a restreint l'accès pour les cas électifs.

En ce qui concerne le CHUQ, ce qui apparaît comme une détérioration de la performance peut s'expliquer par les activités de planification et par des changements de pratique associés au processus de réception des requêtes opératoires. En effet, en raison des travaux entourant la planification chirurgicale, l'établissement a fait face cette année à un dépôt massif de requêtes opératoires de la part de médecins qui, auparavant, les déposaient au fur et à mesure, ou plus tardivement. L'inscription de la date de dépôt de la requête dans SIMASS s'effectue maintenant au moment où celle-ci est déposée au secrétariat. Cette opération de « ramassage des requêtes » fait donc en sorte que les demandes qui ont été déposées en grand nombre cette année ne peuvent pas toutes être effectuées dans les délais visés. Ainsi, bien que l'établissement dispose maintenant d'un portrait plus précis de ses demandes, l'on note encore peu d'effets sur la performance, puisque les requêtes ont été enregistrées plus tôt qu'à l'habitude. En somme, la situation de cette année fait ressortir davantage la problématique des délais d'accès.

Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais — Arthroplastie totale du genou (1.09.20.02)

Pour l'arthroplastie totale du genou, les résultats obtenus indiquent également la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 61 % des opérations réalisées dans les délais prescrits, soit 29,1 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement de 90 %. Il s'agit d'une détérioration de 16,1 % par rapport au résultat de 2010-2011, où ce taux atteignait 77,1 %. En 2009-2010, le taux était de 78,2 % (non montré dans le tableau). En 2011-2012, le CHA et le CHUQ n'atteignent pas leur engagement.

Pour le CHA, une meilleure organisation du travail au bloc opératoire permettra de reprendre progressivement les retards accumulés et de retrouver leur seuil de performance passé. Le CHA est un joueur majeur en matière orthopédique et il a un impact sur la performance régionale. Le comité de gestion des lits et des urgences poursuit ses activités au quotidien pour améliorer la fluidité dans l'établissement et l'admission des patients de l'urgence par rapport aux cas électifs.

Pour le CHUQ, les mesures mises en place pour corriger la situation sont les suivantes : la mise en place d'un guichet unique de planification chirurgicale (déjà implanté à l'HSFA et en processus de déploiement pour le CHUL et L'HDQ), ainsi que le processus *Lean* visant les activités du bloc opératoire de l'HSFA, lequel permettra de déterminer certaines marges de manœuvre quant à l'utilisation du bloc opératoire, ce qui aura, à terme, des retombées positives pour améliorer l'accès. Mentionnons que la direction de l'établissement a également pris des mesures sérieuses avec les médecins concernés par les cas hors délai. Le suivi exercé par l'Agence est effectué sur une base périodique. Les établissements sont rencontrés régulièrement afin de mieux comprendre les difficultés et les enjeux auxquels ils font face, et ainsi trouver des pistes de solutions aux problèmes de la région.

Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais — Chirurgie de la cataracte (1.09.20.03)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 94,6 % des opérations chirurgicales réalisées dans les délais prescrits, soit 4,6 %, en point de pourcentage, de plus que l'engagement de 90 %. Tous les établissements atteignent leur objectif.

Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais — Chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte) (1.09.20.04)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 92,1 % des opérations chirurgicales réalisées dans les délais prescrits, soit 2,1 %, en point de pourcentage, de plus que l'engagement de 90 %. Par contre, le résultat a baissé de 1,6 % par rapport à 2010-2011, où ce taux atteignait 93,7 %. Le CSSS de Charlevoix n'atteint pas l'engagement.

Pour Charlevoix, la non-atteinte de l'engagement peut être attribuée à la disponibilité des ressources médicales ainsi qu'à la demande de report de chirurgie pour certains patients. L'établissement a bien planifié les patients selon les attentes ministérielles, mais il arrive que des patients souhaitent attendre et reporter leur chirurgie pour différentes raisons. Un suivi sera effectué afin d'éviter que la situation ne se reproduise.

Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais — Chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou) (1.09.20.05)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 93,9 % des opérations chirurgicales réalisées dans les délais prescrits, soit 3,9 %, en point de pourcentage, de plus que l'engagement de 90 %. Tous les établissements atteignent leur engagement, à l'exception de l'IUCPQ. La situation s'apparente à celle de 2010-2011, où le taux était à 93,5 %.

La non-atteinte de l'engagement pour l'IUCPQ est attribuable à la clientèle qui nécessite une chirurgie bariatrique. La situation quant à la liste d'attente et la difficulté d'accès pour cette clientèle est bien

connue du ministère de la Santé et des Services sociaux. Plusieurs facteurs de comorbidité entrent en jeu lors de la période d'évaluation en vue d'une chirurgie.

Une visite ministérielle a eu lieu en décembre dernier à l'IUCPQ, où la situation a été discutée et le ministère de la Santé et des Services sociaux a été informé des défis que représente la liste d'attente de cette clientèle. Des travaux sont d'ailleurs en cours à l'échelle nationale afin de bien comprendre les enjeux liés à la chirurgie bariatrique et de planifier l'offre des services des centres d'excellence et des centres satellites dans la province.

Axe d'intervention : *Médecine et chirurgie*

Objectifs de résultats

3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
Pourcentage des personnes traitées à l'intérieur des délais établis :			
1.09.08 Hémodynamie			
Catégorie A	78,5	87	81,6
Catégorie B	53,8	74	63,4
1.09.09 Chirurgie cardiaque			
Catégorie A	91,6	90	89,9
Catégorie B	91,9	90	78,6
1.09.10 Électrophysiologie			
Catégorie A	56,7	65	63,6
Catégorie B	21,5	30	24,0

* Résultats en date du 7 mai 2012, système TBIG, MSSS.

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie A (1.9.8)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 81,6 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 5,4 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement. Il s'agit toutefois d'une amélioration de 3,1 % par rapport au résultat 2010-2011, où ce taux atteignait 78,5 %. L'IUCPQ présente un écart défavorable par rapport à l'engagement.

Les représentants de l'Agence ont interpellé l'IUCPQ à deux reprises au cours de la dernière année, en lien avec les résultats périodiques en hémodynamie. Deux états de situation ont été présentés à la responsable régionale de l'accès aux services. Nous avons noté deux périodes plus difficiles en matière d'accès, soit les périodes 6 et 12. La période 12 fut marquée par une impressionnante congestion de l'urgence de l'IUCPQ, qui a eu des effets directs sur la disponibilité des civières en hémodynamie. Parmi les raisons exposées par l'IUCPQ, notons que les civières dédiées à l'hémodynamie se retrouvent régulièrement occupées par des usagers « long séjour » qui se retrouvent donc hors secteur et diminuent

la disponibilité des civières par la même occasion. Pour ce qui est de la production, le nombre de demandes réalisées est pratiquement identique, comparativement à 2010-2011 (5520/5562). La réalisation de procédures complexes dans les salles d'hémodynamie permet de comprendre une portion de l'écart à la cible (valves aortiques percutanées — angioplastie sous anesthésie générale — fermeture auricule gauche).

Le CHUQ a réalisé 41 procédures de plus dans la catégorie A, comparativement à 2010-2011.

Le 4 janvier 2012, une lettre a été transmise au chef du département régional de médecine générale par le chef de département multidisciplinaire de cardiologie de l'IUCPQ afin d'exposer l'importance de la priorisation des requêtes en hémodynamie. En suivi des discussions entre l'Agence et les représentants de l'IUCPQ, des mesures ont été mises de l'avant, comme la réorganisation du mode de fonctionnement du centre de soins de jour, la participation de l'IUCPQ aux travaux régionaux sur l'organisation des services pour les personnes âgées et la révision des processus de l'entretien préventif du laboratoire d'hémodynamie. De plus, l'IUCPQ amorcera un important projet de révision des processus dans le secteur de l'hémodynamie.

En suivi de discussions récentes, la position régionale de l'Agence statuant que seules les procédures diagnostiques adultes pourront être réalisées au CHUL dans la salle d'hémodynamie pédiatrique permettra d'optimiser l'utilisation de la salle d'hémodynamie de L'Hôtel-Dieu de Québec. L'ouverture de la nouvelle salle d'hémodynamie pédiatrique est prévue pour décembre 2012.

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie — Catégorie B (1.9.8)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 63,4 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 10,6 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement. Il s'agit toutefois d'une amélioration de 9,6 % par rapport au résultat 2010-2011, où ce taux atteignait 53,8 %. L'IUCPQ et le CHUQ présentent un écart défavorable par rapport à leur objectif.

Pour l'IUCPQ, il est important de souligner l'amélioration significative des résultats en hémodynamie de la catégorie B, qui est passé de 45,6 % à 54,6 %, soit près de 10 %, en point de pourcentage. Cela se traduit également par 128 demandes additionnelles réalisées en catégorie B. En vertu des explications énoncées antérieurement, l'impact de l'engorgement de l'urgence se traduit par une diminution dans la catégorie B, puisque les procédures de la catégorie A sont considérées comme prioritaires en vertu de critères cliniques. Outre les difficultés associées à l'occupation des civières en hémodynamie par des usagers en médecine cardiaque, les transferts des usagers des régions dites éloignées par avion (évacuation aéromédicale du Québec) posent parfois certains problèmes d'attente en lien avec l'horaire des transports.

Pour l'IUCPQ, les mesures citées dans la catégorie A permettront de mettre en place des solutions visant à corriger la situation. Bien entendu, considérant l'important volume de demandes réalisées à l'IUCPQ (71 %), les résultats de la région s'en trouvent affectés.

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque — Catégorie A (1.9.9)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement, mais l'écart étant minime, il s'agit plutôt d'une presque atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 89,9 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit un faible 0,1 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement. Il s'agit d'une baisse de 1,7 % par rapport au résultat de 2010-2011, où ce taux atteignait 91,6 %. Par contre, nous notons une augmentation significative de la production en 2011-2012, qui a atteint 122 demandes additionnelles réalisées, comparativement à l'exercice financier précédent. Un seul établissement contribue à cette activité, soit l'IUCPQ.

L'IUCPQ entreprendra une importante démarche de révision des processus à partir de l'automne 2012 afin d'optimiser les activités et le fonctionnement du bloc opératoire.

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque — Catégorie B (1.9.9)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale a atteint 78,6 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 11,5 %, en point de pourcentage, de moins que la cible de 90 %. Un seul établissement contribue à cette activité, soit l'IUCPQ. La situation s'est détériorée par rapport à la performance de l'année 2010-2011, où 91,9 % des demandes étaient réalisées à l'intérieur des délais.

Pour la catégorie B, le résultat est en partie le fait de la surspécialisation de certaines interventions effectuées par quelques chirurgiens et par l'élimination de la priorité opératoire du jeudi (non-disponibilité de la cinquième salle). Les représentants de l'IUCPQ ont confirmé que cette situation reviendra à la normale en 2012-2013. Il est essentiel de souligner que 65 demandes de la catégorie B de plus ont été réalisées en 2011-2012, comparativement à 2010-2011 (680 comparativement à 615 demandes).

En vertu d'une entente de service en chirurgie cardiaque en vigueur et des résultats obtenus dans la catégorie B, les représentants de l'Agence ont interpellé les représentants de l'IUCPQ, le 1^{er} mai 2012, afin de valider l'état de la situation qui prévaut, et ils ont confirmé l'utilisation optimale des lits disponibles. Comme souligné antérieurement, le projet d'optimisation du bloc opératoire (projet *Lean*) permettra de réaliser des gains d'efficacité. De plus, la mise en disponibilité de plages en chirurgie cardiaque pour les procédures plus longues devrait améliorer cette situation au cours de la prochaine année.

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie — Catégorie A (1.9.10)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 63,6 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 1,4 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement. Il s'agit d'une amélioration de 6,9 % par rapport au résultat 2010-2011, où ce taux atteignait 56,7 %. Un seul établissement contribue à cette activité, soit l'IUCPQ.

L'engorgement de l'urgence, à la période 12 plus particulièrement, a causé des annulations, faute de disponibilité de lits au sein de l'établissement.

Un projet d'optimisation (projet *Lean*) sera amorcé pendant la période estivale 2012 et aura des effets bénéfiques pour l'accès à ce plateau technologique de pointe. Bien entendu, depuis l'ouverture de ce plateau technique le 18 octobre 2010, celui-ci a un fonctionnement à raison de trois jours par semaine. L'IUCPQ a réitéré la possibilité d'augmenter le fonctionnement à temps complet à raison de cinq jours par semaine, mais celui-ci est associé au financement récurrent requis par le budget de fonctionnement. Des discussions sont en cours à ce sujet. Une activité à temps complet permettrait de réaliser les cibles fixées en électrophysiologie.

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie — Catégorie B (1.9.10)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 24 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 6 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement. Il s'agit toutefois d'une amélioration de 2,5 % en point de pourcentage par rapport au résultat 2010-2011, où ce taux atteignait 21,5 %. Le nombre de demandes réalisées dans la catégorie B a également augmenté de 70 demandes en 2011-2012. Un seul établissement contribue à cette activité, soit l'IUCPQ.

Pour expliquer les résultats obtenus, les représentants de l'IUCPQ citent l'augmentation des demandes pour les ablations complexes, les indications d'implantation de cardiostimulateurs à stimulation biventriculaire pour la clientèle en insuffisance cardiaque (procédure plus longue et temps d'utilisation de salle) et le nombre de changements du boîtier des cardiostimulateurs et des défibrillateurs (fin de vie des piles). De plus, la classification par priorité du CMQ/RQCT a été modifiée par les autorités ministérielles, mais le rehaussement du système de gestion de l'accès aux services spécialisés (SGAS) en cardiologie tertiaire n'a pas été terminé. Par conséquent, une portion des délais est attribuable à cette situation.

L'IUCPQ poursuivra ses efforts d'optimisation dans le cadre du projet *Lean* en électrophysiologie, qui débutera à la période estivale 2012. La confirmation d'un budget de fonctionnement à raison de cinq jours par semaine permettrait d'améliorer considérablement les résultats obtenus.

Les représentants de l'Agence poursuivent les efforts et les discussions en ce sens auprès des autorités ministérielles concernées dans ce dossier.

Axe d'intervention : *Médecine et chirurgie*

Objectifs de résultats

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

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
1.09.07	Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	97,2	90	95,7
1.09.33	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur de 28 jours (calendrier)	71,4	90	65,1

* Résultats en date du 7 mai 2012, système TBIG, MSSS

Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie (1.09.07)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 95,7 % des patients traités dans les délais prescrits, soit 5,7 %, en point de pourcentage, de plus que l'engagement de 90 %. Il s'agit toutefois d'une baisse de 2,5 % par rapport à 2010-2011, où ce taux atteignait 97,2 %. Un seul établissement contribue à cette activité, soit le CHUQ.

Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur de 28 jours (calendrier) (1.9.33)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 65,1 % des patients traités dans les délais prescrits, soit 24,9 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement de 90 %. Tous les établissements n'atteignent pas leur objectif.

La classification des interventions chirurgicales oncologiques par spécialité du ministère de la Santé et des Services sociaux n'est pas encore totalement intégrée dans la pratique. Parmi les facteurs qui influencent les résultats, mentionnons tout d'abord l'application des critères qui considèrent comme le début de l'attente la date de signature de la requête opératoire, alors que certains chirurgiens transmettent leur demande au bloc opératoire parfois plusieurs semaines après la date de signature de la requête; ensuite, les chirurgies de MOHS (pour des cancers de peau), qui ont été acceptées depuis quelques mois seulement comme une activité de chirurgie oncologique et finalement, la qualité de la saisie des données dans SIMASS.

Des travaux sont en cours avec les établissements pour effectuer des changements de pratique, améliorer la qualité de la saisie des données des inscriptions et de la liste d'attente. Tous les efforts sont maintenus pour donner un accès prioritaire à cette clientèle et parfois même au détriment d'autres types d'opérations chirurgicales ciblées. Par rapport à la prise en charge de la clientèle nécessitant de la curiethérapie, des mesures ont été prises au bloc opératoire pour en garantir l'accès dans les délais requis.

Axe d'intervention : Urgences

Objectifs de résultats

3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière

* Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
1.09.01	Séjour moyen sur civière	15,7	12	15,3
1.09.03	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	5,48	1,63	5,07
1.09.31	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	20,2	18,7	19

* Résultats en date du 7 mai 2012, système TBIG, MSSS.

Commentaires sur les indicateurs dont l'engagement est non atteint

Séjour moyen sur civière (1.09.01)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint un séjour moyen de 15,3 heures par usager, ce qui représente 3,3 heures au-dessus de l'engagement de 12 heures. Il s'agit toutefois d'une amélioration relative de 2,6 % par rapport à 2010-2011, où le séjour moyen atteignait 15,7 heures. Trois établissements n'atteignent pas leur objectif, soit le CHUQ, le CHA et l'IUCPQ.

Le CHUQ, le CHA et l'IUCPQ ont connu cette année certaines périodes très achalandées à l'urgence. Dans ces milieux spécialisés, l'accroissement des délais de séjour à l'urgence a été souvent associé à la problématique d'accès aux lits d'hospitalisation, notamment ceux occupés par la clientèle en fin de soins actifs et qui ne peut pas quitter l'hôpital, faute de ressources adaptées pour répondre à ses besoins. Un second facteur explicatif des séjours à l'urgence touche les épisodes d'observation médicale prolongée permettant d'éviter une admission de courte durée. Enfin, la période s'étendant de décembre 2011 à avril 2012 a été particulièrement difficile en raison d'un engorgement soutenu des clientèles de santé mentale dans les urgences psychiatriques de la région.

Les établissements nous ont rapporté que des pratiques cliniques sont à modifier pour obtenir une meilleure fluidité des admissions. À cet égard, le CHA a revu l'utilisation de ses lits d'hospitalisation et a déjà appliqué certains changements afin que son offre de service réponde mieux à la demande.

Compte tenu des longues durées de séjour associées à la clientèle de santé mentale, des travaux régionaux concernant le volet des urgences psychiatriques ont débuté et des recommandations seront déposées aux instances d'ici la fin juin 2012. La situation est préoccupante quant à cette clientèle particulière et à son influence sur les durées moyennes de séjour (DMS) à l'urgence. Tous les acteurs concernés sont partie prenante et travaillent en concertation. Il faut aussi souligner le travail relié à la coordination régionale des admissions et de l'accès aux lits. Bien que la situation ait été difficile en cette fin d'année, cela aurait pu être beaucoup plus difficile si les processus de coordination régionale n'avaient pas été déployés.

Sur le plan des mesures à plus long terme, il faut mentionner les retombées du « Programme Alliance » regroupant la première cohorte des grands utilisateurs. Considérant que ces clientèles vivent souvent des situations complexes sur le plan psychosocial, l'action coordonnée des CSSS et des hôpitaux en ce domaine permettra des gains en évitant le plus possible le recours aux consultations à l'urgence, ainsi que les DMS prolongées qui en découlent.

Pour le CHA à l'HEJ, un projet d'unité d'hospitalisation brève est en préparation pour l'exercice financier 2012-2013. Ce type de pratique devrait avoir un effet positif sur la DMS à l'urgence, car ces patients, ne nécessitant pas une hospitalisation traditionnelle, pourront être admis et pris en charge pour quelques heures de traitement au lieu d'être observés et traités plusieurs heures à l'urgence.

Nous croyons, enfin, que la mise en place des guichets d'accès pour obtenir un médecin de famille aidera à diminuer la consultation à l'urgence pour la clientèle sans médecin de famille, même si la mise en place de ce mécanisme n'aura un effet qu'à moyen et à long terme.

Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière (1.09.03)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint un pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière de 5,07 %, ce qui représente 3,44 %, en point de pourcentage, au-dessus de l'engagement fixé à 1,63 %. Il s'agit cependant d'une amélioration relative de 8 % par rapport à 2010-2011, où le séjour atteignait 5,48 heures. Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur engagement, à l'exception de l'IUCPQ et du CSSS de Charlevoix.

Les explications rapportées à l'indicateur 1.09.01 valent également pour les résultats obtenus sur le pourcentage de séjour de 48 heures et plus à l'urgence.

Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière (1.09.31)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint un pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière de 19 %, ce qui représente 0,3 %, en point de pourcentage, au-dessus de l'engagement fixé à 18,7 %. Il s'agit d'une amélioration relative de 5,9 % par rapport à 2010-2011, où le séjour moyen atteignait 20,2 heures. Le CHUQ et le CHA présentent un écart défavorable par rapport à leur engagement.

Les explications rapportées à l'indicateur 1.09.01 valent également pour les résultats obtenus sur le pourcentage de séjour de 24 heures et plus à l'urgence.

Axe d'intervention : **Contrôle des infections nosocomiales**

Objectifs de résultats

4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats 2011-2012
1.01.19 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (installations) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis			
Diarrhées associées au Clostridium difficile	Nouveau	Maintenir ou diminuer les taux d'infections nosocomiales selon les seuils visés	75 %
Bactériémies à SARM	Nouveau		100 %
Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	Nouveau		86 %

Diarrhées nosocomiales associées à Clostridium difficile

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. En effet, 75 % des installations des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la région de la Capitale-Nationale ont des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis pour les diarrhées nosocomiales associées à Clostridium difficile, soit 10 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement 2011-2012 fixé à 85 %. Il s'agit cependant d'une amélioration au regard de l'année 2010-2011 (63 %).

Deux établissements ont présenté des taux supérieurs au taux établi.

1) Pour le CSSS de Charlevoix (Hôpital de La Malbaie), une éclosion est survenue aux périodes 8, 9 et 10. Un cas a généré six cas secondaires. L'installation n'ayant qu'un petit nombre d'admissions par période, chaque cas représente une augmentation marquée du taux. Plusieurs éléments ont été ciblés comme ayant été concernés dans la survenue de l'éclosion : absence d'une ressource en prévention des infections, lacunes dans le diagnostic, lacunes dans les pratiques d'hygiène et salubrité ainsi que dans le suivi infirmier. Les mesures mises en place ont permis de contrôler l'éclosion et aucun cas n'a été recensé dans les périodes suivantes. Un plan d'action est en place afin de continuer à corriger la situation. L'engagement de l'installation pour 2012-2013 est que le taux moyen soit inférieur au taux établi.

2) Pour le CHUQ (Hôpital Saint-François d'Assise), deux éclosions localisées ont modulé le taux à la hausse. Les mesures mises en place ont permis de contrôler ces éclosions : prolongement de l'isolement des patients jusqu'à 10 jours après le retour aux selles normales, réaménagement de l'ameublement pour préserver l'espace patient, rappel sur l'importance de l'hygiène des mains et audits, modification du système de gestion des excréta lors d'éclosion de pathogènes entériques, formation des équipes de soins et autres intervenants. L'engagement de l'installation pour 2012-2013 est un taux inférieur ou égal à 9,0 par 10 000 jours-présence. L'installation fait valoir qu'il ne serait pas classé dans le bon regroupement d'installations. En effet, la proportion de personnes âgées serait plus importante que 35 %. Une révision de cette classification sera à discuter.

Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. En effet, 100 % des installations des CHSGS de la région de la Capitale-Nationale ont des taux d'infections nosocomiales inférieures ou égales aux seuils établis pour les Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline.

Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. En effet, 86 % des installations des CHSGS de la région de la Capitale-Nationale ont des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis pour les bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs, soit 1 %, en point de pourcentage, de plus que l'engagement 2011-2012 fixé à 86 %.

Une seule unité de soins intensifs (USI) a un taux supérieur au taux établi, soit l'USI néonatale du CHUL du CHUQ. Aucune circonstance précise n'a été émise pour expliquer ce résultat, bien que l'on constate une proportion plus élevée de patients chroniques hébergés durant l'année 2011-2012. À noter que le taux atteint (6,73 par 1 000 jours-cathéters) est très près de la cible établie (6,62 par 1 000 jours-cathéters). Les mesures mises en place sont : tenue de rencontres stratégiques régulières, audits sur l'hygiène des mains et formation sur les quatre moments de l'hygiène des mains, implantation du volet entretien de la campagne québécoise (prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux). L'engagement de l'installation pour 2012-2013 est que le taux moyen soit inférieur au taux établi.

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

Objectifs de résultats

5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre de façon locale, régionale et nationale pour déterminer et mettre en œuvre les stratégies visant à assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
3.08	Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	Nouveau	100 %	100 %

* Résultats en date du 18 mai 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

De l'évaluation de la situation à la période 13, il appert que le résultat visé concernant le pourcentage d'établissements ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre est atteint. La région et l'Agence sont des précurseurs en cette matière et effectuent cette mise à jour annuelle depuis plusieurs années. L'année 2012-2013 nous permettra d'innover en introduisant davantage de notions telles que le profilage clinique de la main-d'œuvre.

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

Objectifs de résultats

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

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Nouveau	0	100

* Résultats en date du 17 mai 2012, système TBIG, MSSS.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent que 100 % des établissements ont réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail. Malgré l'atteinte de cette cible, les établissements poursuivent en continu leurs actions en ce sens par la mise en place de plusieurs projets, qui s'inspirent en tout ou en partie des méthodologies de type *Lean* et d'amélioration continue.

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

Objectifs de résultats

5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
3.05	Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires			
3.05.01	Infirmières	4,77	4,55	4,30
3.05.02	RSSS	2,66	2,68	2,57

* Résultats en date du 23 mai 2012, système TBIG, MSSS.

Commentaires sur les indicateurs dont l'engagement est non atteint

Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires par les infirmières (3.05.01)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 4,30 % des heures travaillées au-delà des heures régulières par les infirmières, soit 0,25 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement fixé à 4,55 %. Toutefois, les CSSS de Portneuf et de Charlevoix, l'Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's et l'IUSMQ n'atteignent pas leur objectif.

Les difficultés rencontrées pour les établissements n'ayant pas atteint la cible sont liées essentiellement aux enjeux de disponibilité de main-d'œuvre (rareté et disponibilité concernant les heures dites défavorables).

L'Agence soutient les établissements de deux manières. Premièrement sous l'angle de la promotion des carrières afin d'accroître le nombre d'inscriptions en soins infirmiers. Cette année, la région fut la seule à connaître une hausse des demandes d'inscription, et ce, malgré un certain déclin démographique. Deuxièmement, en soutenant l'établissement dans l'analyse afin de poser le bon diagnostic et d'élaborer le bon plan d'action. Ce soutien prend la forme de conseils stratégiques ou de financement non récurrent. À cet égard, le CSSS de Portneuf fut soutenu afin d'élaborer son plan d'action et l'Agence compte poursuivre son soutien pour l'implantation de certaines des actions retenues.

Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires par le personnel du réseau (3.05.02)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 2,57 % des heures travaillées au-delà des heures régulières par l'ensemble du personnel du réseau, y compris les infirmières, soit 0,11 %, en point de pourcentage, de moins que l'engagement fixé à 2,68 %. Toutefois, le CSSS de Portneuf, l'Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's et l'IUSMQ n'atteignent pas leur objectif.

L'engagement régional est atteint. Toutefois, les heures supplémentaires peuvent être importantes pour le titre d'emploi de préposé aux bénéficiaires, qui fait l'objet d'une demande accrue dans le réseau régional.

Considérant le poids relatif de l'Hôpital Jeffery-Hale — Saint Brigid's et le faible écart par rapport à l'engagement de l'IUSMQ, les interventions de l'Agence se sont concentrées sur un plan d'action avec le CSSS de Portneuf. De plus, en soutenant l'ajout de groupes de formation des préposés aux bénéficiaires, l'Agence contribue à accroître l'offre de main-d'œuvre et à réduire la pression. Cette offre additionnelle demeure cependant limitée, ce qui commandera probablement l'ajout d'approche de programmes de formation en établissement (alternance travail-études).

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

Objectifs de résultats

5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
3.06	Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (soins infirmiers, autres secteurs à préciser)			
3.06.01	Infirmières	1,10	0,94	1,35
3.06.02	Infirmières auxiliaires	2,90	1,43	2,44
3.06.03	Préposées aux bénéficiaires	2,33	1,78	2,55

* Résultats en date du 23 mai 2012, système TBIG, MSSS

Commentaires sur les indicateurs dont l'engagement est non atteint

Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers par les infirmières (3.06.01)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 1,35 % des heures travaillées par des infirmières à l'emploi d'agences privées, soit 0,41 %, en point de pourcentage, de plus que l'engagement de 1,10 %. Les CSSS de Portneuf, de Québec-Nord, de Charlevoix, le CHUQ et le CHA n'atteignent pas leur engagement.

Malgré un contexte de main-d'œuvre difficile (rareté, disponibilité moindre, ajout de services), les difficultés rencontrées sont différentes d'un milieu à un autre. Ainsi, l'éloignement d'un milieu comme Portneuf peut causer en partie le résultat obtenu en raison des difficultés de recrutement rencontrées, alors que pour un autre établissement, les enjeux internes de réorganisation des services sont en cause pour expliquer de façon circonstancielle la situation. Dans d'autres cas, les enjeux de mobilité interne et de disponibilité constituent des causes de recours à la MOI.

Plusieurs établissements ont entrepris des pourparlers avec leurs syndicats locaux afin d'explorer diverses avenues concernant les conditions locales de travail visant à réduire les périodes de vacances et à accroître la disponibilité. Dans quatre établissements, l'Agence est présente afin de soutenir la mise en place de projets qui permettront de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante. Dans tous les cas, les effets de ces mesures devraient se faire davantage sentir au cours de l'année 2012-2013. Il est important de rappeler que l'engagement régional est supérieur à celui exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers par les infirmières auxiliaires (3.06.02)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 2,44 % des heures travaillées par des infirmières auxiliaires à l'emploi des agences privées, soit 1,01 %, en point de pourcentage, de plus que l'engagement fixé à 1,43 %. Le CSSS de Portneuf et le CSSS de Québec-Nord n'atteignent pas leur objectif.

Avec la rareté de main-d'œuvre infirmière, le réseau a accru sa demande d'infirmières auxiliaires. Toutefois, le milieu de l'éducation, malgré une hausse substantielle de ses inscriptions (soutenue par l'Agence), ne peut suffire à la demande.

Malgré l'atteinte régionale, des démarches concertées ont été entreprises avec les quelques établissements qui présentent des défis majeurs, essentiellement en CSSS. L'hébergement et le soutien à domicile sollicitent davantage ce type de main-d'œuvre, c'est pourquoi les actions seront concentrées dans ces secteurs.

Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers par les préposées aux bénéficiaires (3.06.03)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 2,55 % des heures travaillées par des préposés aux bénéficiaires à l'emploi d'agences privées, soit 0,77 %, en point de pourcentage, de plus que l'engagement fixé à 1,78 %. Le CSSS de Portneuf, le CSSS de la Vieille-Capitale, le CSSS de Québec-Nord, le CHA et le CHUQ n'atteignent pas leur objectif.

Le taux de chômage très faible de la région de la Capitale-Nationale, et particulièrement celui du Québec-métro, accentue les difficultés d'attraction sur les titres d'emploi nécessitant peu de formation. Les préposés aux bénéficiaires (PAB) en sont l'exemple parfait. Les stratégies de rehaussement de poste n'ont pas toujours reçu l'accueil souhaité par la partie syndicale.

D'autre part, les rehaussements de l'offre de service urgente (hébergement temporaire) ont accentué la pression et forcé le recours à la main-d'œuvre indépendante afin de répondre à cette demande temporaire. Finalement, un phénomène en croissance explique le recours à ce type de main-d'œuvre lorsque vient le temps d'assurer une surveillance continue d'un usager, qui autrefois pouvait faire l'objet d'une contention.

Des projets concernant le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence sont en cours dans certains établissements en difficulté au regard de l'atteinte de leur cible. Ces projets sont en élaboration et devraient commencer à porter leurs fruits au cours de l'exercice 2012-2013. De façon plus précise, ces établissements reverront leur organisation clinique afin d'assurer différemment les besoins liés à la surveillance. L'Agence compte poursuivre son soutien en maintenant ses activités de promotion et de soutien financier à la formation en collaboration avec Fierbourg (Centre de formation professionnelle) afin d'encourager des personnes à vouloir faire carrière dans le réseau comme PAB.

Axe d'intervention : *Rétention et mieux-être au travail*

Objectifs de résultats

5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du ministère de la Santé et des Services sociaux en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
3.01	Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées	5,64	5,29	5,60
3.13	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Nouveau	15 (2/13)	7,7 (1/13)
3.14	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément comprenant le volet de mobilisation des ressources humaines	Nouveau	46,1 (6/13)	46,1 (6/13)

* Pour l'indicateur 3.01, résultats en date du 23 mai 2012, système TBIG, MSSS.

* Pour l'indicateur 3.13 et 3.14, résultats en date du 18 mai 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées (3.01)

Les résultats de la période 12 projetés (les données de la période 13 n'étant pas disponibles au 23 mai 2012) signalent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 5,60 % des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées par l'ensemble des effectifs du réseau, soit 0,31 %, en point de pourcentage, de plus que l'engagement fixé à 5,29 %. L'ensemble des établissements n'atteint pas l'engagement, à l'exception du CRDI.

L'accroissement de l'assurance salaire est multifactoriel. Les changements organisationnels, le vieillissement de la main-d'œuvre, une utilisation plus précoce de l'assurance salaire chez les jeunes, des enjeux de maintien d'expertise par rapport aux équipes en santé-sécurité au travail, l'accroissement des horaires sont autant de facteurs qui influencent le taux des heures en assurance salaire.

Outre les démarches effectuées par les établissements en lien avec leur situation propre, la région a entrepris des travaux d'optimisation sous deux dimensions. La première consiste à revoir les processus du travail médico-administratif dans les établissements au sein des équipes en santé-sécurité au travail. Il y a eu des projets *Kaisen* dans tous les établissements pour évaluer les améliorations possibles à l'interne. Parallèlement, une démarche régionale visant à connaître les pratiques d'organisations performantes, notamment les compagnies d'assurances, permettra de voir si un modèle régional intégrateur peut être mis en place pour notre réseau. Dans la foulée de cette dernière action, le recours aux services de réadaptation par une approche commune et aux services d'expertise médicale sera également exploré.

Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail (3.13)

À l'évaluation de la situation à la période 13, il appert que le résultat visé concernant le pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail est non atteint. Un établissement a réalisé l'objectif (7,7 % - 1/13) et neuf établissements ont commencé le processus.

À priori, il s'agit d'un processus qui s'étale sur une longue période. L'engagement de la part d'une organisation est un processus exigeant, ce qui explique en partie les délais pour obtenir l'accréditation. La majorité des établissements est en mouvement ou sur le point de le faire afin d'actualiser l'approche choisie. En ce sens, nous pouvons affirmer que la plupart ont commencé leur démarche et l'action est donc engagée pour 2011-2012.

L'Agence continue à appuyer les établissements dans leur processus de réflexion en respectant leur rythme. Des rencontres ont eu lieu avec les DRH et les directeurs généraux, soit par la DRMOPE ou par la DRSP. L'Agence a organisé des présentations afin de voir comment les établissements peuvent concrètement s'y prendre pour implanter ce type d'approche au sein d'une organisation et déterminer quels sont les enjeux et les défis liés à chaque approche.

Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément comprenant le volet de mobilisation des ressources humaines (3.14)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent que l'engagement a été atteint. En effet, comme prévu, six établissements sur 13 (46,1 %) ont obtenu un agrément comprenant le volet de mobilisation des ressources humaines.

Le degré de réalisation est fonction de la période d'agrément de chaque établissement. À ce jour, les établissements ayant à obtenir leur agrément le reçoivent en comprenant le volet des ressources humaines. Les établissements en cours de processus passeront leur agrément dans les deux prochaines années.

Axe d'intervention : *Rétention et mieux-être au travail*

Objectifs de résultats

5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateurs		Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats* 2011-2012
3.10	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique — volet préceptorat	Nouveau	38 (5/13)	84,6 (11/13)

* Résultats en date du 18 mai 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

À l'évaluation de la situation à la période 13, il appert que le résultat visé concernant le pourcentage d'établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle est atteint, puisque 11 établissements sur 13 ont réalisé l'objectif.

La capacité à réaliser ce type de programme repose en partie sur les personnes expérimentées et, en contexte de rareté de main-d'œuvre, il n'est pas facile de dégager le personnel. D'ailleurs, cette difficulté est présente davantage au sein de petits établissements.

Le CSSS de Portneuf et l'Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's espèrent démarrer le programme en 2012-2013. Pour ce faire, l'Agence a favorisé le réseautage des établissements afin de soutenir ceux-ci dans la réalisation et la mise en place de leur programme, notamment en organisant une formation pour les personnes-ressources.

2.1.3. Planification stratégique en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale 2010-2015 – plan d'action 2011-2012*

* La numérotation des indicateurs régionaux est précédée d'un « R ».

Axe : Prévention et promotion

Sujets		Résultats 2011-2012 (cible)
Mise en œuvre du PNSP/PAR-SP		
R-1.1.1	Cibler 100 % des programmes qui doivent être implantés et ceux qui nécessitent une augmentation de l'intensité	Non atteinte
R-1.1.2	Cibler des objectifs à atteindre pour chaque programme qui nécessite une augmentation d'intensité et des indicateurs de suivi	Atteinte
Suivi du PAR-SP		
R-1.2.2	Faire un bilan de l'implantation des activités du PAR	Non atteinte

Sujets		Résultats 2011-2012 (cible)	
Clientèles vulnérables			
		2010-2011	2011-2012
R- 1.3.1	Augmenter l'intensité du programme Viactive chez les personnes âgées (volet des habitudes de vie)	71	88
Pratiques préventives			
R-1.5.1a	52 groupes implantés pour le programme ÉquiLIBRE	62	
R-1.5.1a	2 382 personnes desservies par le programme MARCHE	226	
R-1.5.1a	3 22 groupes implantés pour les programmes PIED	21	
R-1.5.1b	Mettre en place un mécanisme permettant la prise en charge complète par les CSSS de la planification, la mise en œuvre et l'animation des groupes ÉquiLIBRE sur leur territoire, ainsi que l'arrimage entre les volets du continuum de services, la diffusion de l'information et la promotion de ses programmes	Atteinte	
R-1.5.2	Assurer la mise en place des pratiques cliniques préventives reconnues pour les maladies chroniques	Non atteinte	
R-1.5.3	Mettre en place les pratiques cliniques préventives liées au suicide	Non atteinte	
R-1.5.4	Mettre en place et évaluer un projet d'expérimentation sur les pratiques cliniques préventives en GMF, CRQ et UMF	Atteinte	

Commentaires sur les indicateurs dont l'engagement est non atteint

Cibler 100 % des programmes qui doivent être implantés et ceux qui nécessitent une augmentation de l'intensité (R-1.1.1)

Globalement, la cible est non atteinte puisque cet indicateur est lié aux travaux de l'axe *Suivi des finalités, des cibles et des activités* du Plan d'action régional de santé publique (PAR-SP) composant le Plan d'action stratégique 2011-2015 pour relever les défis et actualiser les conditions favorables du PAR 2009-2015. Cependant, la première partie de l'objectif, soit de cibler les programmes devant être implantés, est réalisée puisque chaque CSSS et l'Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's ont mis à jour leur Plan d'action local (PAL), lequel les cible. Ces travaux sont en cours et se poursuivront jusqu'en 2015.

Faire un bilan de l'implantation des activités du Plan d'action régional (PAR) (R-1.2.2)

Des ajustements ont été apportés à cet engagement depuis son inscription initiale à l'entente de gestion en comprenant la nécessité de faire concorder cet exercice avec le suivi du Plan national de santé publique (PNSP). Le bilan de l'implantation des activités du PAR se fera en concordance avec le prochain suivi bisannuel du PNSP prévu au terme de l'année 2012-2013.

382 personnes desservies par le programme MARCHE (R-1.5.1a2)

Le CSSS de la Vieille-Capitale a rejoint 92 aînés par un processus complet, soit 46 % de la cible. L'établissement met en cause les modalités lourdes de fonctionnement, ainsi qu'une participation modérée et un certain essoufflement des intervenants pour le programme. En 2012-2013, il allègera ses modalités de fonctionnement. L'établissement fera également une campagne de promotion du programme MARCHE auprès des intervenants du Soutien à domicile en lien avec les pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada, sous le principe de la sécurité des clients.

Le CSSS de Portneuf a rejoint 14 aînés par un processus complet, soit 35 % de la cible. L'établissement explique la situation par le fait que plusieurs demandes sont en attente d'évaluation ou d'intervention pour le programme MARCHE. Cette situation est causée par la pénurie et la difficulté d'accès associées aux ressources professionnelles dans certains services (ex. : ergothérapeute, pharmacien, nutritionniste) et un manque de stabilité dans la fonction de coordination au sein d'une équipe. Pour 2012-2013, l'établissement propose de trouver de nouvelles trajectoires pour faciliter l'accès au pharmacien (contribution possible des pharmacies communautaires), de recruter un nouveau physiothérapeute et de renforcer les liens avec le secteur de la nutrition.

Le CSSS de Québec-Nord a rejoint 79 aînés par un processus complet, soit 71 % de la cible. Selon l'établissement, l'absence prolongée de deux ressources responsables du dépistage et du suivi des clients MARCHE explique la situation observée. La mise en place, en 2012-2013, de deux équipes volantes d'intervenants agissant comme remplaçants au programme MARCHE en cas d'absence prolongée ou de surcharge devrait corriger la situation.

Les Services communautaires de langue anglaise (Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's) n'ont pas réalisé les étapes de dépistage, d'évaluation et d'intervention en 2011-2012, ce qui fixe le nombre de personnes rejointes à 0. Ceci s'explique, selon l'établissement, par la priorisation clinique des situations en attente en ergothérapie, qui limite l'intervenante responsable du dépistage MARCHE dans la réalisation de cette tâche (11 cas sont en attente pour un dépistage MARCHE). En 2012-2013, la révision périodique de la charge de cas avec le chef de programme et le suivi des indicateurs et des clients en attente de dépistage devraient permettre l'atteinte des cibles fixées.

Mentionnons que le CSSS de Charlevoix a dépassé sa cible en rejoignant 41 aînés par un processus complet, soit 170 % de la cible.

22 groupes implantés pour les programmes PIED (R-1.5.1a3)

Une meilleure couverture régionale étant visée cette année, des frais de déplacement plus élevés ont donc été attribués pour offrir le programme aux limites territoriales de la région (ex. : Saint-Siméon, Saint-Fidèle et Rivière-à-Pierre). Ce choix stratégique d'offrir un groupe de moins en 2011-2012 en compensant par une plus grande accessibilité est acceptable.

Assurer la mise en place des pratiques cliniques préventives reconnues pour les maladies chroniques (R-1.5.2)

Dans tous les CSSS, le plan de mise en œuvre a été élaboré. Cependant, son déploiement est en cours et sera terminé en 2012-2013.

Mettre en place les pratiques cliniques préventives liées au suicide (R-1.5.3)

Dans la planification du déploiement des 19 groupes de formation pour les deux territoires de CSSS du Québec-métro, les formations s'étendent du 29 novembre 2011 au 18 décembre 2012. Les premières (3 journées) ont commencé le 12 janvier 2012 et jusqu'à maintenant, 4 groupes (de 12 intervenants), sur une planification de 6 groupes, ont reçu la formation.

Axe : Services de première ligne

Sujets		Résultats 2011-2012 (cible)
Offre de services médicaux et généraux intégrés		
R-2.1.1	Se doter d'une coordination régionale au plan d'action sur l'accès aux services de santé physique de première ligne	Non atteinte
R-2.1.3	Renforcer le modèle et le fonctionnement des CRQ : 10 CRQ en activité	8
R-2.1.4	Déterminer les rôles et responsabilités d'une équipe interdisciplinaire, la rendre accessible, définir les modèles d'organisation et précision d'un plan d'effectifs (fusion des modèles)	Non atteinte
Offre de services de soutien à domicile		
R-2.2.1	Réaliser un projet d'optimisation de l'organisation du travail en SAD dans chacun des CSSS	Non atteinte
R-2.2.2	Développer et implanter une stratégie de soutien à l'égard des proches aidants	
Milieu de vie substitut		
R-2.3.1	Augmenter ou adapter l'offre d'hébergement provenant des milieux de vie substituts : Actualisation de la phase 1 du plan de transformation régionale de conversion de places d'hébergement de longue durée vers des ressources alternatives	Non atteinte
Projet clinique PALV		
R-2.4.3	Déployer le programme d'admission PECA dans chacun des établissements (fonction admissibilité à l'hébergement)	Non atteinte
R-2.4.7	Déployer le cadre de référence des équipes ambulatoires en gériatrie et psychogériatrie	Atteinte
R-2.4.8	Poursuivre les formations PAB et approche milieu de vie	Atteinte
Prévention et gestion des maladies chroniques		
R-2.5.1	Mettre en place les actions relatives aux grands utilisateurs de services : desservir 680 personnes	516
R-2.5.2	Diffuser les fascicules MPOC et diabète	Non atteinte
R-2.5.3	Programme Traité santé révisé implanté	Non atteinte

Sujets		Résultats 2011-2012 (cible)
Trajectoires de services DP et DI-TED		
R-2.6.1	Revoir les rôles et responsabilités ainsi que la trajectoire de services en DI-TED	Non atteinte
R-2.6.2	Assurer la mise en œuvre du modèle (ressources et imputabilité)	Non atteinte
R-2.6.3	Revoir les rôles et responsabilités ainsi que la trajectoire de services en DP	Non atteinte
Services de première ligne en santé mentale		
R-2.7.1	Se doter d'une coordination régionale au plan d'action sur la santé mentale	Atteinte
Orientations en dépendances		
R-2.8.1	Revoir les rôles et responsabilités ainsi que la trajectoire de services, notamment en première ligne : Politique d'intervention précoce; Formation première ligne; Repérage, détection et orientation/jeu compulsif	Non atteinte
R-2.8.2	Mettre en œuvre les recommandations des travaux menés par l'IUSMQ et le CRUV sur la comorbidité santé mentale et dépendances : Services de troisième ligne pour jeunes et adultes; formations croisées	Atteinte
Mesures pour l'accès aux services d'urgence		
R-2.10a	Déterminer des mesures d'amélioration de la performance pour chacune des urgences du CHUQ et du CHA	Non atteinte
R-2.10b	Assurer le fonctionnement optimal de l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement	Non atteinte

Commentaires sur les indicateurs dont l'engagement est non atteint

Se doter d'une coordination régionale au plan d'action sur l'accès aux services de santé physique de première ligne (R-2.1.1)

Les travaux sont bien enclenchés, mais ne sont pas terminés compte tenu des défis et des enjeux pour les parties concernées. Le fait que les CSSS ne soient pas intégrés avec les CH pose des défis supplémentaires pour ce qui est de l'organisation régionale des services et demande davantage de temps de consultation, de concertation et d'intégration entre les différents partenaires concernés.

Les travaux régionaux sont bien actifs et plusieurs trajectoires sont terminées et implantées, les travaux se poursuivront en 2012-2013.

Renforcer le modèle et le fonctionnement des CRQ : 10 CRQ en activité (R-2.1.3)

Pour le CSSS de la Vieille-Capitale, un retard dans la mise en place de la nouvelle clinique-réseau dans le secteur Montcalm est observé. Le déménagement du GMF Berger est un enjeu important puisque la délocalisation de ce GMF est essentielle pour implanter la nouvelle clinique-réseau et avoir l'espace nécessaire pour offrir les services. Des rencontres sont planifiées avec les médecins intéressés dans le but de poursuivre les discussions et d'obtenir les précisions concernant la construction de l'édifice devant accueillir la nouvelle clinique.

Pour le CSSS de Québec-Nord, un retard dans la mise en place de la nouvelle clinique-réseau dans le secteur de Charlesbourg est observé. Le regroupement médical doit être formé d'au moins 20 médecins et ce nombre n'est pas atteint actuellement. Plusieurs rencontres avec les médecins sollicités pour participer à ce regroupement, provenant des GMF Le Mesnil, La Source et Charlesbourg, ont été tenues. Toutefois, à la base, cette nouvelle clinique ne sera pas un GMF. D'autres rencontres sont planifiées pour poursuivre le projet. Un enjeu majeur lié à l'informatisation de la nouvelle clinique-réseau est ciblé, car dans le budget de fonctionnement d'une clinique-réseau, les montants dédiés à l'informatisation sont non récurrents, tandis qu'ils le sont dans un GMF accrédité.

Déterminer les rôles et responsabilités d'une équipe interdisciplinaire, la rendre accessible, définir les modèles d'organisation et précision d'un plan d'effectifs (fusion des modèles) (R-2.1.4)

Considérant que le ministère de la Santé et des Services sociaux a démarré une démarche sur la consolidation des services de première ligne en janvier 2012, à laquelle la direction des programmes clientèles et celle des affaires médicales sont associées, l'Agence préfère, pour le moment, suivre l'évolution de ces travaux afin de ne pas dédoubler les démarches.

Réaliser un projet d'optimisation de l'organisation du travail en SAD dans chacun des CSSS (R-2.2.1)

Le plan d'action, élaboré sur quatre années, présente un état d'avancement variable d'un CSSS à un autre. De plus, le plan comporte plusieurs activités de taille variable à réaliser, la mise en place n'est donc pas uniforme et donc difficile à quantifier à mi-parcours de la première année. Dans l'ensemble, les projets se développent positivement.

Augmenter ou adapter l'offre d'hébergement provenant des milieux de vie substituts : Actualisation de la phase 1 du plan de transformation régionale de conversion de places d'hébergement de longue durée vers des ressources alternatives (R-2.3.1)

La phase 1 consistait à convenir avec les établissements concernés des paramètres du plan de transformation, à savoir le nombre de lits à fermer et conséquemment, le nombre de places à développer. Les discussions étaient en cours, mais pas terminées au 31 mars 2012.

Déployer le programme d'admission PECA dans chacun des établissements (fonction admissibilité à l'hébergement) (R-2.4.3)

Le projet a été suspendu temporairement compte tenu de la charge importante des travaux effectués pour le désengorgement des urgences (plan de transformation des ressources d'hébergement, mesures d'allocation directe et de relogement, formation sur l'outil ISO-SMAF). Une rencontre de travail, qui aura lieu en mai 2012, servira à déterminer les secteurs de responsabilité entre les établissements et l'Agence. L'actualisation de cet objectif de décentralisation vers les CSSS s'effectuera au cours de l'exercice financier 2012-2013.

Mettre en place les actions relatives aux grands utilisateurs de services : desservir 680 personnes (R-2.5.1)

Les sources de difficulté sont variées et en lien avec l'implantation d'un nouveau programme régional concernant plusieurs établissements de santé : l'absence prolongée de trois infirmières gestionnaires de cas complexes au cours de l'année (CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord); les ressources humaines limitées pour les CH par rapport aux services des archives et de l'informatique impliquant des délais dans la sélection des patients; le processus de stratification (évaluation) des patients est à

améliorer en vue de sélectionner les bons patients, diminuer le nombre de refus et le nombre de personnes pour qui le programme Alliance ne s'applique pas; la complexité des situations cliniques qui implique un séjour des personnes dans la cohorte plus long que prévu initialement.

Plusieurs mesures ont été prises pour corriger la situation : l'étude du processus de stratification est en cours et un plan d'action sera réalisé à la suite de l'exercice du bilan du programme planifié en juillet 2012; une demande a été adressée à la Table régionale des directeurs généraux adjoints (TDGA) en vue d'obtenir du soutien (archives et informatique) pour les gestionnaires cliniques du programme Alliance; la réduction des cibles est à discuter avec les gestionnaires en septembre en fonction de la nature des situations cliniques. Les données seront disponibles dès la mise en œuvre du registre régional du programme Alliance.

Diffuser les fascicules MPOC et diabète (R-2.5.2)

Le portrait statistique (fascicule) sur les MPOC a été diffusé. Le fascicule est disponible sur le site Web de l'Agence. Des présentations auprès de groupes visés sont en processus de réalisation selon un calendrier établi qui s'échelonne jusqu'au début de juin 2012. Une diffusion en version électronique a été privilégiée pour certaines personnes et en version papier pour d'autres. Pour sa part, la rédaction du fascicule sur le diabète est en cours et la diffusion se fera à l'automne 2012.

La collaboration entre les différentes directions de l'Agence (la DRSP, la DRAMUH et la DRSISG) est excellente. La méthodologie d'analyse des données a été établie et les données sont disponibles. Une professionnelle a la responsabilité de la rédaction finale et du temps lui a été accordé pour ce travail. Toutes les conditions sont en place pour la production et la diffusion du fascicule sur le diabète en septembre 2012.

Programme Traité santé révisé implanté (R-2.5.3)

La nouvelle structure est implantée dans tous les CSSS. Cependant, deux éléments du plan d'action doivent être terminés, soit l'harmonisation des pratiques et le rehaussement de la collaboration entre infirmières de GMF et infirmières du programme Traité santé. Comme il s'agit, pour les infirmières, d'un changement de pratique, il faut mettre le temps nécessaire pour développer de nouvelles collaborations. Une première rencontre de tous les professionnels a déjà eu lieu et des groupes de travail par discipline sont prévus au cours des prochains mois.

Revoir les rôles et responsabilités ainsi que la trajectoire de services en DI-TED (R-2.6.1)

Les travaux régionaux visant la répartition de l'offre de services entre les CSSS et le CRDIQ ont été suspendus et seront abordés sous un autre angle. Actuellement, les partenaires régionaux travaillent au projet de mise sur pied d'un guichet d'accès réseau en DI-TED, qui regroupera les CSSS de Portneuf, de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord et le CRDIQ. La mise sur pied de ce guichet entraînera inévitablement l'obligation de clarifier les rôles, les responsabilités et les trajectoires de service.

Assurer la mise en œuvre du modèle « Rôles, responsabilités et révision de la trajectoire de services en DI-TED » (ressources et imputabilité) (R-2.6.2)

La mise en œuvre du modèle retenu dans le cadre de la révision des rôles, des responsabilités et de la trajectoire de services en DI-TED se fera dans un deuxième temps, une fois les travaux d'élaboration terminés. Cet indicateur est étroitement lié au résultat de l'indicateur R-2.6.1.

Revoir les rôles et responsabilités ainsi que la trajectoire de services en DP (R-2.6.3)

Plusieurs trajectoires de services sont actuellement en élaboration en DP (AVC, déficience visuelle, déficience auditive, déficience du langage, continuum résidentiel, TCCL, etc.). Les travaux progressent assez bien pour certaines clientèles et plus lentement pour d'autres.

Revoir les rôles et responsabilités ainsi que la trajectoire de services en dépendances, notamment en première ligne : Politique d'intervention précoce; Formation première ligne; Repérage, détection et orientation/jeu compulsif (R-2.8.1)

Le déploiement de l'offre de service présente une certaine complexité en lien notamment avec le caractère transversal de son déploiement auprès des différentes équipes en CSSS (santé mentale, périnatalité, services généraux, personnes âgées, etc.) et nécessite des changements de pratiques ainsi qu'une bonne coordination sur le plan régional et local.

Un budget de 152 000 \$ a été octroyé de façon récurrente aux CSSS à partir de l'année 2011-2012, afin de poursuivre la consolidation de l'offre de première ligne en dépendances. Un sous-comité de travail a été mis en place à l'automne 2011, sous la responsabilité de l'Agence, afin de soutenir les CSSS. Dans cet esprit, une formation sur l'approche motivationnelle est prévue au cours de l'année 2012-2013 pour mieux outiller le personnel des différents programmes et services à intervenir auprès des personnes dépendantes.

Déterminer des mesures d'amélioration de la performance pour chacune des urgences du CHUQ et du CHA (R-2.10a)

Compte tenu des différentes priorités régionales pour la clientèle âgée en perte d'autonomie, les établissements ont retardé certains travaux au regard de la révision des processus de travail des urgences.

Pour le CHUQ, la phase 1 du processus *Lean* pour l'urgence de l'HSFA est terminée et la phase 2 est en cours. Pour l'HDQ et le CHUL, il n'y a pas de projet prévu pour le moment. Des changements dans la structure de gouvernance ont fait en sorte que de nouvelles personnes en responsabilité ont endossé leurs fonctions en cours d'année. Ce faisant, elles ont dû prendre le temps nécessaire afin de connaître le milieu. Pour le CHA, l'urgence de l'HEJ a déjà effectué un processus *Lean* et il semble que l'établissement soit en actualisation des recommandations. Pour l'HSS, il n'y a pas de projet concret pour le moment.

Assurer le fonctionnement optimal de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital du Saint-Sacrement (R-2.10b)

L'urgence de l'HSS sous sa forme traditionnelle est fonctionnelle. Toutefois, son achalandage demeure inférieur aux deux autres urgences psychiatriques de la région et au volume attendu pour ce type d'urgence (plus de 2 000 personnes). De plus, le modèle novateur qui devait être mis en place afin d'accroître l'achalandage et de faciliter l'arrimage avec les services de première ligne n'a pu être actualisé en raison d'obstacles organisationnels.

Dans une vision plus globale de la situation des urgences psychiatriques, les travaux du comité régional de coordination des lits et l'utilisation du portrait de lits en temps réel ont permis d'accroître l'efficacité de la gestion des lits et des transferts entre les centres hospitaliers. L'engorgement des urgences psychiatriques demeure néanmoins préoccupant et un comité de travail dans le cadre du projet d'organisation régionale clinique de l'IUSMQ a été mis en place afin de proposer des solutions pour résoudre ce problème. Ces travaux contribueront à la régularisation des services d'urgence dans la région, dont ceux de l'urgence Saint-Sacrement.

Axe : Accès aux services spécialisés et appui à la première ligne

Sujets	Résultats 2011-2012 (cible)
Mécanismes d'appui des services spécialisés en santé mentale	
R-3.1.3 Mettre en place la fonction de spécialiste répondant (adulte et enfants)	Non atteinte

Sujets	Résultats 2011-2012 (cible)
Accès aux services diagnostiques	
R-3.4.1 Terminer la hiérarchisation des laboratoires	Non atteinte
Modèle régional de gouvernance dans la lutte contre le cancer	
R-3.6.1 Définir un nouveau programme régional de lutte au cancer	Atteinte
R-3.6.2 Développer et déployer les outils informationnels nécessaires au maintien de la reconnaissance des équipes en cancer	Atteinte
R-3.6.3 Mettre en œuvre les recommandations du rapport sur les lits de soins palliatifs	Atteinte
Partage des responsabilités entre la première ligne et les services spécialisés	
R-3.7.3 Définir une organisation régionale de services en orthopédie (services d'urgences et orthopédie pédiatrique)	Non atteinte
R-3.7.5 Définir un modèle d'organisation régionale en pédiatrie	Non atteinte
R-3.7.7 Mettre en place une ressource de transition (désengorgement) permettant d'orienter les patients en attente d'un transfert vers une autre ressource ou vers une intégration dans la communauté, afin de rétablir l'accès aux services d'hospitalisation pour les personnes qui le requièrent, et en assurer la surveillance	Atteinte
Plan d'investissement en immobilisation	
R-3.9.1 Établir les priorités d'investissement en immobilisation (plus de 5 millions \$) pour chacun des établissements ayant des installations hospitalières universitaires	Atteinte

Commentaires sur les indicateurs dont l'engagement est non atteint

Mettre en place la fonction de spécialiste répondant (adultes et enfants en santé mentale) (R-3.1.3)

Les pédopsychiatres répondants sont en place sur l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale depuis juillet 2011. Les travaux pour la mise en place des psychiatres répondants sont en cours, mais l'actualisation de l'offre de services de ces derniers ne devrait se concrétiser qu'à l'été 2012.

Terminer la hiérarchisation des laboratoires (R-3.4.1)

Le CSSS de Portneuf et l'IUCPQ sont en attente du CHUQ. Ce dernier est aux prises avec une situation litigieuse en lien avec les ressources humaines de l'Hôpital Jeffery Hale, ce qui retarde le processus. Des discussions entre les directeurs du CHUQ, de l'Hôpital Jeffery Hale et le syndicat sont en cours afin de trouver un terrain d'entente et finaliser le transfert. Le CHA est toujours en attente de l'implantation d'une composante informatique qui permettra les liens interétablissements afin de finaliser les transferts.

L'établissement a engagé un processus légal afin de mettre de la pression sur la compagnie qui doit livrer la composante informatique.

Définir une organisation régionale de services en orthopédie (services d'urgences et orthopédie pédiatrique) (R-3.7.3)

Les discussions se sont poursuivies dans le cadre du dossier de la démarche de réorganisation régionale des services en orthopédie. Après plusieurs rencontres, force est de constater que des difficultés organisationnelles mettent un frein important au consensus médical convenu dans le cadre de la démarche régionale. Malgré ces difficultés, l'Agence continue d'adhérer au modèle d'organisation des services proposé et de croire que cette démarche représente une occasion à saisir afin de consolider et de soutenir l'orthopédie pédiatrique dans la région et de mieux répondre aux besoins de sa population.

Définir un modèle d'organisation régionale en pédiatrie (R-3.7.5)

Compte tenu de la similarité des travaux menés à la grandeur de la province par la Table sectorielle mère-enfant des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), ceux entrepris régionalement ont été suspendus. Cependant, la participation attendue du CHUQ dans le cadre de ces travaux est atteinte en totalité. L'adaptation aux réalités régionales des orientations ministérielles, qui seront éventuellement émises à partir des recommandations formulées par la Table sectorielle mère-enfant des RUIS, définira l'organisation régionale des services en pédiatrie. Le tout sera diffusé régionalement après avoir été entériné par les instances concernées.

Axe : Région universitaire

Sujets		Résultats 2011-2012
<i>Transfert de connaissances</i>		
R-4.2.1	Trouver un mode de partage des programmes de formation continue existants dans le but de faire une offre de service régionale et suprarégionale	Non atteinte
<i>Surveillance et évaluation</i>		
R-4.3.1	Réaliser un projet d'évaluation suprarégional (contentions)	Non atteinte
R-4.3.3	Développer et rendre accessible la surveillance du portrait général des services	Non atteinte

Commentaires sur les indicateurs dont l'engagement est non atteint

Trouver un mode de partage des programmes de formation continue existants dans le but de faire une offre de service régionale et suprarégionale (R-4.2.1)

Les établissements considèrent que ce volet fait déjà partie de leurs missions d'enseignement et que la mise sur pied d'une autre forme de programme sur le transfert des connaissances à l'échelle régionale constituerait une duplication. Dans le cadre de la planification stratégique régionale, la démarche sera réévaluée pour mieux cibler les objectifs et les résultats attendus.

Réaliser un projet d'évaluation suprarégional (contentions) (R-4.3.1)

Comme les autres établissements membres du Comité directeur du Réseau universitaire intégré de santé — Université Laval (RUIS UL), l'IRDPO considère que cette démarche fait partie de la mission d'enseignement universitaire (voir indicateur intitulé « Transfert des connaissances »). La démarche liée à la mission universitaire, dans le cadre de la planification stratégique régionale, devrait être réévaluée dans le but de mieux cerner les objectifs et les résultats attendus.

Développer et rendre accessible la surveillance du portrait général des services (R-4.3.3)

Cet objectif s'inscrit dans le projet de la surveillance générale des populations et des soins et services effectuée par le Service de la gestion intégrée de l'information (SGII) de l'Agence. Depuis le 1^{er} avril 2011, l'effort de l'équipe a été consacré plus particulièrement au programme clientèle PALV, qui sert d'expérience pilote, pour bien documenter les méthodologies et les approches qui pourront être appliquées par la suite aux autres domaines de services, dont celui sur le portrait général. Considérant les ressources disponibles au SGII, cette décision nous assure de mieux structurer l'effort à l'égard du projet plus large de la surveillance, dont l'horizon de réalisation s'échelonne sur quelques années.

Les utilisateurs pourront déjà bénéficier de plusieurs éléments du programme PALV, car ce programme clientèle tient compte pour une part appréciable de l'offre globale de services de notre région. La mise en route de cette première application de surveillance s'effectuera à l'automne 2012. L'exercice 2011-2012 a été principalement consacré au déploiement des outils de surveillance des urgences et des fins de soins actifs (de décembre 2011 à mars 2012).

Axe : *Ressources humaines*

Sujets		Résultats 2011-2012
<i>Environnement de travail et disponibilité de la main-d'œuvre</i>		
R-5.1.4	Réaliser une planification de main-d'œuvre pour les programmes de santé de première ligne	Non atteinte
<i>Partenariat avec l'éducation</i>		
R-5.4.1	Mettre à jour et poursuivre la campagne Sauve des vies	Atteinte
R-5.4.2	Poursuivre le développement de l'emploi étudiant pour ceux inscrits dans les programmes de santé et de services sociaux — 362 étudiants inscrits dans les programmes de santé et services sociaux	Atteinte
R-5.4.3a	Soutenir l'inscription dans les programmes prioritaires	Atteinte
R-5.4.3b	Augmenter le nombre de places de stage	Atteinte
<i>Mesure de rétention du personnel</i>		
R-5.5.1	Réviser les programmes d'intégration et de soutien à la nouvelle main-d'œuvre — Taux de roulement	16,31 %

Sujets		Résultats 2011-2012
<i>Intégration et accompagnement des nouveaux cadres</i>		
R-5.6.1	Élaborer un programme de soutien à l'intégration des nouveaux cadres	Atteinte
<i>Travail en réseau</i>		
R-5.9.1	Entreprendre des actions visant à soutenir le travail en réseau — PALV	Atteinte
R-5.9.2	Entreprendre des actions visant à soutenir le travail en réseau — maladies chroniques	Atteinte
R-5.9.3	Entreprendre des actions visant à soutenir le travail en réseau — santé mentale	Atteinte

Commentaires sur les indicateurs dont l'engagement est non atteint

Réaliser une planification de main-d'œuvre pour les programmes de santé de première ligne (R-5.1.4)

Cet indicateur est reporté dans le temps pour 2013-2014, puisque l'Agence a priorisé, pour 2011-2012 et 2012-2013, les programmes santé mentale et perte d'autonomie liée au vieillissement. Ce choix a été fait en toute cohérence avec la planification stratégique 2010-2015 et afin de maximiser les chances de réussite. Il est à noter que le modèle de planification de main-d'œuvre par programme-services est novateur.

Réviser les programmes d'intégration et de soutien à la nouvelle main-d'œuvre — Taux de roulement (R-5.5.1)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. Le taux de roulement du personnel avec moins de cinq ans d'ancienneté dans la région de la Capitale-Nationale est de 16,3 %, soit 0,56 de plus que l'engagement fixé à 15,7. Pour la majorité des établissements (7/13), le taux observé est nettement en dessous de l'engagement visé.

Depuis quelques années, la planification de la main-d'œuvre est un secteur important des établissements du réseau de la santé. Toutefois, le marché de l'emploi est devenu maintenant un marché favorisant les employés. Cette rareté de la main-d'œuvre par rapport à l'offre fait en sorte que les employés, surtout la nouvelle génération, désirent obtenir un emploi répondant à leurs attentes et sont plus enclins à le quitter dans les premières années s'il ne convient pas. De plus, pour certains établissements ayant des clientèles particulières, les départs de ces nouveaux employés peuvent être dus à la difficulté d'adaptation à la clientèle.

Afin de corriger la situation, les établissements se dotent de programme d'accueil et d'intégration. De plus, des travaux seront entamés pour élaborer une stratégie afin de déployer ce programme dès le début des stages, permettant ainsi de trouver des solutions à long terme pour retenir les nouveaux employés.

2.1.4. Autres attentes régionales : l'annexe de santé publique

Développement de l'adaptation et de l'intégration sociale

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

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1 REG.7.A	Assurer l'implantation du volet « Environnements favorables », participer à l'identification des orientations régionales et transmettre à l'Agence le nombre et le type d'actions ou projets.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	<p>1. Participer à l'identification des orientations régionales</p> <p>Un comité régional regroupant les organisateurs communautaires de CSSS impliqués dans les environnements favorables se réunit 3-4 fois par année pour mettre à jour et réaliser un plan d'action qui rend opérationnel les orientations régionales.</p> <p>2. Nombre et type d'actions aux projets</p> <p>Un total de 42 projets a été réalisé en 2011-2012 dans les territoires des CSSS de la région de la Capitale-Nationale : Vieille-Capitale (13 projets), Québec-Nord (21 projets), Charlevoix (5 projets) et Portneuf (3 projets). Un montant total de 348 563 \$ a permis de soutenir ces projets qui ont rejoint 6 534 familles, dont 644 familles SIPPE. Ces projets poursuivent 16 objectifs différents, un projet pouvant viser plus d'un objectif. Avoir accès ainsi que connaître les services et les ressources du milieu est l'objectif poursuivi par un peu plus du tiers des projets (36 %), suivi par briser l'isolement (31 %), fournir du répit-gardiennage (17 %), valider les besoins des familles (12 %), réaliser des activités de stimulation précoce de l'enfant (10 %), mettre sur pied des cuisines collectives ou y participer (7 %) et viser l'autonomisation (7 %). Les autres activités ou projets sont moins fréquents et se distribuent selon différents thèmes qui semblent refléter les réalités locales : acquérir des compétences parentales, participer à un groupe d'achats, recevoir de la formation, assurer la sécurité des enfants, favoriser l'activité physique, participer à un repas communautaire, soutenir la réinsertion sociale, viser la saine alimentation et faciliter le transport.</p>

Les rencontres régionales permettent aux organisateurs communautaires de faire l'état d'avancement du plan d'action régional et des activités locales. Des échanges ont aussi eu lieu sur les méthodes de priorisation des besoins identifiés. Tous les secteurs de la région ont porté une attention particulière à l'identification des besoins des familles afin que les projets réalisés y répondent de manière optimale. Les projets réalisés sont en lien avec les résultats des études de besoins et les critères de financement régionaux. La nature des projets rend parfois difficile l'estimation du nombre de familles bénéficiant des projets; il est encore plus ardu d'estimer le nombre de familles SIPPE. Au cours de l'année, une attention particulière a été portée au volet « Environnements favorables » quant à l'arrivée notamment d'Avenir d'enfants ainsi que d'autres initiatives visant le développement des communautés dont les actions ont une incidence sur le développement des enfants et leur famille.

Une démarche de réflexion sur les orientations du Soutien à la création d'environnements favorables des SIPPE est en cours (travail conjoint entre la DRSP et les CSSS de la région) afin de favoriser une complémentarité optimale entre toutes les initiatives ayant pour principale cible les enfants 0-5 ans et

leur famille. Les résultats de l'Enquête québécoise sur la maturité scolaire des enfants ainsi que les recommandations du Commissaire à la santé 2012 viendront également enrichir ces réflexions.

OLO

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1 REG.2.A	<p>Nombre de mères sous le seuil de faible revenu à joindre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CSSS de Charlevoix : 30 - CSSS de la Vieille-Capitale : 417 - CSSS de Portneuf : 47 - CSSS de Québec-Nord : 263 <p>Total régional : 757</p>
Résultat observé au 31 mars 2012 :	<ul style="list-style-type: none"> - CSSS de Charlevoix : 27 - CSSS de la Vieille-Capitale : 417 - CSSS de Portneuf : 44 - CSSS de Québec-Nord : 318 <p>Total régional : 840</p> <p><i>N.B. Il s'agit de données temporaires pour la période 13 de la fiche périnatalité-I-CLSC du Service de la gestion intégrée d'information.</i></p>

À l'échelle régionale, le nombre de clientes nouvellement inscrites au programme dépasse la cible. À l'échelle territoriale, le CSSS de Charlevoix n'atteint pas sa cible. Selon les intervenants du programme, plusieurs clientes n'ont pas été acceptées au programme, car leur revenu familial annuel dépasse légèrement (de 1 000 \$ ou 2 000 \$) le seuil de faible revenu. Quant au CSSS de Portneuf, la donnée actuelle produite par le I-CLSC est temporaire. Les responsables du programme OLO de Portneuf nous assurent être en mesure de respecter leur engagement pour atteindre leur cible. Nous attendons les données finales.

Clinique d'allaitement

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1 REG.3.A	1 130 dyades mère-enfant à joindre à la clinique d'allaitement.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Trois CSSS ont 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 (1 632 dyades pour la région) a surpassé les résultats attendus (1 130 dyades).

	Attendu	Atteint
CHUQ	300	<i>Au chevet</i> 697
		<i>Consultation externe</i> 148
		Total 845
CSSS de la Vieille-Capitale	750	687
CSSS de Charlevoix	35	51
CSSS de Portneuf	45	49
Total	1 130	1 632

Une des quatre cliniques n'a pas atteint la cible, soit le CSSS de la Vieille-Capitale (687 dyades mère-enfant par rapport à la cible de 750 dyades). Le CSSS de la Vieille-Capitale n'est pas en mesure de préciser les facteurs pouvant expliquer cette diminution, sachant que les heures d'ouverture de la clinique sont identiques à l'année précédente et que la qualité des services semble être similaire (validée auprès des partenaires).

Cette baisse de fréquentation de la clientèle a également été notée l'année précédente, passant de 808 (2009-2010) à 734 (2010-2011) dyades mère-enfant. Par ailleurs, le CHUQ offre des services en consultation externe (154 dyades mère-enfant desservies par le CHUQ pour 2010-2011 et 148 dyades pour 2011-2012), ce qui pourrait expliquer la diminution de la clientèle à la clinique d'allaitement du CSSS de la Vieille-Capitale. Dans le cadre des attentes signifiées, le CHUQ s'est engagé à desservir la clientèle non ambulatoire, la clientèle ambulatoire étant desservie par la première ligne (CLSC et organismes communautaires) et, si le problème persiste, en deuxième ligne dans les cliniques d'allaitement des CSSS. Cette situation crée de l'ambiguïté tant chez les mères qui allaitent que chez les intervenants de la région, ne sachant pas vers quelle clinique s'orienter. Cependant, comme mentionné dans sa reddition de compte, le CHUQ souhaite maintenir ce service à l'externe puisqu'il répond aux besoins de sa clientèle.

Il est suggéré de clarifier le rôle de chacune des cliniques d'allaitement afin d'établir une trajectoire de service harmonisée. De plus, il est suggéré d'augmenter la cible à atteindre pour le CHUQ puisque le nombre de dyades mère-enfant ayant obtenu des services à la clinique d'allaitement depuis les dernières années excède de façon importante la cible.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1 REG.3.B	1 540 visites à la clinique d'allaitement.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Pour l'ensemble des trois cliniques d'allaitement des CSSS de la région, 1 540 visites ont été prévues pour l'année se terminant en mars 2012. Au total, 1 508 visites ont eu lieu en comprenant l'accueil des dyades des autres régions pour les CSSS seulement. La cible n'est pas atteinte. Cependant, si les dyades mère-enfant vues à la clinique externe du CHUQ utilisaient les services de la Clinique d'allaitement du CSSS de la Vieille-Capitale, la cible aurait certainement pu être atteinte.

	Attendu	Atteint
<i>CSSS de la Vieille-Capitale</i>	1 400	<i>Région 03 (85 %)</i> 1 122
		<i>Région 12 (13 %)</i> 170
		<u><i>Autres régions (2 %)</i></u> 22
		Total 1 314
<i>CSSS de Charlevoix</i>	75	121
<i>CSSS de Portneuf</i>	65	73
Total	1 540	(CSSS seulement) 1 508

* Pas exigé dans les attentes signifiées

Les attentes signifiées avec le CHUQ ne requièrent pas le nombre de visites à la clinique d'allaitement, même si l'organisation a fourni l'information.

Près de 15 % de la clientèle de la clinique du CSSS de la Vieille-Capitale provient d'autres régions. Cette situation existe depuis l'ouverture de la clinique régionale en 2004.

Le nombre de visites excède le nombre de dyades mère-enfant, puisque certaines de ces dyades consultent une deuxième et même une troisième fois la clinique d'allaitement. Par ailleurs, les cliniques des CSSS ne prennent pas la relève de la première ligne et maintiennent un contact avec les intervenants ayant orienté la clientèle vers leurs services.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1 REG.3.C	Stages d'observation pour une journée : infirmières et résidents, selon le besoin.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Les trois cliniques des CSSS accueillent annuellement des résidents et des infirmières pour un stage d'observation d'une journée. Seule la clinique du CSSS de la Vieille-Capitale indique le nombre de stagiaires pendant l'année, soit 91 personnes pour 2011-2012.

Il serait souhaitable de documenter ce type de soutien pour l'ensemble de la région, pour être en mesure de quantifier le nombre de stagiaires accueillis dans une même année.

Allaitement – IAB

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1 REG.8.A	Implanter certaines des Dix conditions pour le succès de l'allaitement de l'IAB selon l'évolution de la démarche pour chacun des milieux.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Progression de l'implantation des dix conditions au CHUQ, au CSSS de la Vieille-Capitale et à l'Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's. Les CSSS de Charlevoix et de Portneuf ont atteint cette cible. Le CSSS de Québec-Nord n'a pas progressé cette année pour ce volet de l'IAB.

L'application des Dix conditions de l'IAB concerne les centres accoucheurs (maison de naissance et centre hospitalier) ainsi que les CLSC. Voici le résumé des Dix conditions de l'IAB (réf. : Lignes directrices en matière d'allaitement du ministère de la Santé et des Services sociaux (2001)) :

Le CHUQ a implanté la majorité des conditions de l'IAB. Il est le chef de file à l'échelle nationale pour ce qui a trait à sa pratique exemplaire du « peau à peau » immédiatement après la naissance. Par ailleurs, les conditions 6 (Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication) et 8 (Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant) ne sont que partiellement implantées. Le CHUQ affiche des taux de supplémentation chez les bébés allaités parmi les plus élevés au Québec. Avec la collaboration du CHUQ et des CSSS, il est suggéré d'améliorer la trajectoire de service favorisant l'allaitement exclusif chez les enfants jusqu'à six mois en comprenant les premiers jours de vie faciliterait la diminution de l'utilisation des suppléments pour les bébés allaités au CHUQ.

Le CSSS de la Vieille-Capitale a fait des avancées cette année dans l'implantation des Dix conditions; révision de documents pour être conforme à l'IAB, processus vers l'adoption d'une politique d'allaitement, démarche pour systématiser l'inscription des formations en allaitement des infirmières. Le CSSS de Québec-Nord n'a pas transmis d'information sur l'implantation des Dix conditions de l'IAB. Pour l'année à venir, il serait souhaitable de les encourager à fournir cette information. Le CSSS de Portneuf a déjà implanté les Dix conditions de l'IAB. Cette année, il a révisé sa politique d'allaitement, offert des formations en allaitement pour le personnel infirmier et médical ainsi qu'assuré un suivi auprès de l'équipe multidisciplinaire afin qu'elle s'approprie le rôle complémentaire pour le soutien à l'allaitement. En collaboration avec Allaitement Québec, le CSSS offre maintenant des ateliers de mise au sein aux futurs parents, à raison de 13 sessions par année. Le CSSS de Charlevoix respecte l'ensemble des Dix conditions de l'IAB. Cette année, toutes les infirmières en périnatalité ont reçu une formation de mise à niveau. De plus, les infirmières remplaçantes ont, pour leur part, effectué les 21 heures de formations requises par l'IAB. Le CSSS assure aussi un contact téléphonique avec les mères séparées de leur nourrisson afin de leur offrir un soutien à l'allaitement, dont un prêt de tire-lait, pour maintenir la production lactée.

L'Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's respecte les Dix conditions de l'IAB, à l'exception de la première condition, soit l'adoption d'une politique d'allaitement.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1 REG.8.B	Implanter certains des dix articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'IAB selon l'évolution de la démarche pour chacun des milieux.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
Résultat observé au 31 mars 2012 :	<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.</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 du Code en lien avec l'achat requis des préparations commerciales pour nourrisson par l'établissement.</p>

L'application des articles du Code constitue une étape importante dans la mise en œuvre de l'IAB au sein des établissements de santé. Le Code est constitué de 10 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 :

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 pour ce qui concerne l'achat des préparations commerciales pour nourrisson (PCN) à 80 % du prix du détail. Le CHUQ dit ne pas avoir les ressources nécessaires pour répondre à cette exigence. La diminution de l'utilisation des PCN chez les enfants allaités facilitera grandement l'atteinte éventuelle de cet objectif, puisque le nombre de PCN requis sera moindre.

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 tente de mettre en place un système de suivi systématique du respect du Code afin d'en assurer sa pérennité à travers les années.

Le CSSS de Québec-Nord respecte probablement la grande majorité des articles du Code sans toutefois avoir réalisé un état de situation pour son milieu. Il souhaite procéder à cette démarche au cours de l'année 2012-2013 avec le soutien de la DRSP.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1 REG.8.C	Colliger les données statistiques des taux d'allaitement.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	<p>Tous les CSSS ainsi que l'Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's assurent la saisie d'information sur l'alimentation de l'enfant lors du premier contact en postnatal immédiat avec le CLSC. Par contre, outre le CSSS de Charlevoix et l'Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's, les données ne sont pas colligées par toutes les infirmières. Un suivi est actuellement assuré auprès des établissements afin de corriger la situation.</p> <p>Le CHUQ collige les taux d'allaitement exclusif et total tant à Saint-François d'Assise qu'au Centre mère-enfant. Cette année, contrairement à l'année précédente, aucune information n'est fournie quant au pourcentage d'enfants pour lequel la saisie d'information a été effectuée.</p>

Pour les CLSC

Pour ce qui a trait aux CLSC, 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 postnatal immédiat. Le taux d'allaitement total minimum requis pour qu'un établissement puisse être admissible à déposer une demande d'évaluation au ministère de la Santé et des Services sociaux visant l'agrément de l'IAB est de 75 %. Actuellement, le taux d'allaitement lors du premier contact téléphonique pour ces établissements se lit comme suit selon l'outil de la RAMQ (non indiqué dans la reddition, à l'exception du Jeffery Hale) :

- CSSS de la Vieille-Capitale : 84 % pour 11 périodes
- CSSS de Charlevoix : 65 % pour 11 périodes
- CSSS de Portneuf : 78 % pour 11 périodes
- CSSS de Québec-Nord : 76 % pour 7 périodes
- Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's : 93 % pour 13 périodes

Le CSSS de Québec-Nord a effectué la première saisie d'information à la fin du premier trimestre de l'année financière. Ce changement de pratique doit être consolidé auprès des infirmières avant d'obtenir le taux d'allaitement représentant la réalité sur le terrain.

Malgré les pratiques exemplaires du CSSS de Charlevoix, les taux d'allaitement ne semblent pas s'améliorer avec les années. Ils ne seront pas en mesure de faire la demande de réévaluation de leur agrément IAB (due le 31 octobre 2012) pour le centre accoucheur de La Malbaie, puisqu'ils n'atteignent pas le taux minimal requis. Si la situation ne s'améliore pas, il est fort possible qu'ils perdent l'agrément IAB.

Pour les centres accoucheurs

D'autre part, pour être admissible à déposer une demande d'évaluation IAB, les centres accoucheurs doivent atteindre un taux de 75 % d'allaitement exclusif à la sortie du centre accoucheur, c'est-à-dire que l'enfant n'a reçu que du lait maternel (sauf pour les vitamines et les médicaments) :

- CHUQ – Saint-François d'Assise : 79 % (allaitement total) et 51 % (allaitement exclusif).
- CHUQ – Centre mère-enfant : 83 % (allaitement total) et 52 % (allaitement exclusif).
- CSSS de la Vieille-Capitale, Maison de naissance : non indiqué dans la reddition.

Le CHUQ devait mettre en place des stratégies afin d'améliorer le taux d'allaitement exclusif, dont la diminution de supplémentation chez les bébés allaités, ainsi qu'assurer une collecte systématique du mode d'alimentation de l'enfant. Ces projets sont à l'agenda pour l'année 2012-2013.

De façon générale, les établissements devraient fournir les taux d'allaitement pour l'année 2012-2013 afin d'assurer un suivi de leur progression. Cette demande pourrait être explicite dans la prochaine reddition.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1 REG.8.D	Lorsque pertinent, déposer une demande d'évaluation auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux visant l'agrément IAB et maintenir cette certification une fois décernée.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Seul le CSSS de Portneuf avait l'intention de déposer une demande d'évaluation auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux visant l'agrément IAB. Le CSSS n'a pas déposé de demande pendant l'année 2011-2012, bien que plusieurs activités aient été réalisées en vue du dépôt de cette demande.

Plusieurs contraintes, dont celui de la vaccination contre la rougeole, sont venues faire obstacle à la démarche visant le dépôt d'une demande d'évaluation IAB. Par contre, le CSSS travaille en étroite collaboration avec la Direction régionale de santé publique pour que le processus de demande d'évaluation soit finalisé dès le début de l'automne 2012.

École en santé

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1 REG.6.A (MSSS 1.1.13)	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS) : 47 %
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Moyenne régionale : 38 %.

Bien que la cible ne soit pas atteinte, la moyenne régionale est plus élevée que celle de l'année précédente, ce qui démontre une amélioration des processus.

De plus, bien que la moyenne soit de 38 %, il existe de grands écarts entre les établissements. Mentionnons ainsi que les CSSS de Portneuf et de Charlevoix ont rejoint 100 % de leurs écoles.

Les résultats des CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord et le Jeffery Hale s'expliquent en partie par la mise en place de la nouvelle trajectoire de l'approche École en santé, ce qui a obligé certains ajustements. La collaboration entre les CSSS et les commissions scolaires est dorénavant tributaire des demandes découlant des priorités scolaires, ce qui a ralenti les activités en cours d'année. Cette façon de faire oblige une redéfinition de la collaboration CSSS-milieus scolaires, ce qui est en cours de réalisation.

Pour le CSSS de Québec-Nord, la concertation avec la Commission scolaire de la Capitale n'a pas évolué au rythme souhaité par le CSSS, ce qui s'ajoute à des éléments contextuels tels que l'arrivée de nouveaux intervenants.

Les données obtenues via GESTRED sous-estiment les résultats réels. Un arrimage, qui avait été amorcé en 2011-2012, devra être fait entre le rôle des accompagnateurs et des intervenants 0-5-30 afin d'assurer une saisie plus précise des données.

Considérant la nouvelle trajectoire, le lien entre les intervenants 0-5-30 et les accompagnateurs École en santé du réseau scolaire et de la santé doit être développé et les rôles clarifiés afin de faciliter davantage l'implantation dans les écoles. Des actions sont par ailleurs prévues en ce sens en 2012-2013 à l'échelle locale et régionale.

Les CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord et le Jeffery Hale ont comme perspectives pour l'an prochain d'augmenter le nombre d'écoles rejointes ainsi que le nombre de thématiques déployées.

Habitudes de vie et maladies chroniques

Programme 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.10.A	Assurer un accompagnement en lien avec la thématique Aménagement et l'animation des cours d'écoles primaires auprès d'un minimum de 36 écoles.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	14 écoles rejointes (37 % de la cible régionale)

Le résultat observé représente une baisse du nombre d'écoles comparativement à l'année précédente.

Ces résultats s'expliquent en partie par la mise en place de la nouvelle trajectoire de l'approche École en santé, ce qui a obligé certains ajustements. La collaboration entre les CSSS et les commissions scolaires doit maintenant être rattachée aux demandes découlant des priorités scolaires, ce qui a ralenti un peu les activités en cours d'année, le temps d'adapter les pratiques en conséquence. Cette façon de faire oblige une redéfinition de la collaboration CSSS-milieus scolaires, ce qui est en cours de réalisation.

Pour le CSSS de Québec-Nord, la concertation avec la commission scolaire de la Capitale n'a pas évolué au rythme souhaité par le CSSS, parallèlement à des éléments contextuels tels que l'arrivée de nouveaux intervenants.

De façon générale, on constate que la concertation entre les CSSS et le réseau scolaire demeure un défi important. L'ensemble des CSSS indique par ailleurs comme perspective de développer davantage les actions en ce sens pour la prochaine année. La DRSP soutiendra d'ailleurs les CSSS en 2012-2013 dans l'implantation de la trajectoire École en santé et la collaboration avec le réseau de l'éducation.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.10.B	Assurer la poursuite de la promotion des déplacements actifs et sécuritaires auprès des écoles primaires ayant terminées le projet Mon École à pied, à vélo (19 écoles/32 écoles au total).
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Trois écoles rejointes (28 % de la cible régionale).

Environ 28 % de la cible régionale a été atteinte.

Ces résultats s'expliquent en grande partie par les mêmes raisons que celles évoquées pour la thématique Aménagement et l'animation des cours d'école.

De plus, pour certains CSSS, cette cible nécessite un investissement important de temps qui peut être difficile à assumer dans un contexte où les ressources sont limitées.

L'ensemble des CSSS a par ailleurs comme perspective de développer davantage les actions en ce sens pour la prochaine année. Le soutien régional aux CSSS dans la poursuite de cette cible devra également être revu.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.10.C	Assurer un accompagnement en lien avec la mise en œuvre de la politique-cadre pour une saine alimentation auprès des écoles qui en feront la demande.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
Les CSSS ont accompagné les écoles qui en avaient fait la demande.	
1.1. REG.10.D	Transmettre les activités réalisées dans les écoles dans le cadre du projet CLEFS en lien avec l'offre alimentaire.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
1.1. REG.10.E	Collaborer à l'implantation du projet pilote régional Habitudes de vie et Développement durable dans les écoles secondaires.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
1.1. REG.10.F	Transmettre à l'Agence la liste des écoles soutenues
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
1.1. REG.10.G	Poursuivre le déploiement du 0.5.30 Combinaison Prévention dans l'arrondissement de Charlesbourg.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
1.1. REG.10.H	Poursuivre le déploiement du 0.5.30 Combinaison Prévention et du projet Parcs et aires de jeux externes sans fumée de tabac dans la Ville de L'Ancienne-Lorette.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
1.1. REG.10.I	Assurer un accompagnement en lien avec le projet Mon École à pied, à vélo et répondre aux demandes ad hoc en lien avec les thématiques : déplacements actifs et sécuritaires, aménagement et animation des aires de jeux et offre alimentaire saine.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.10.J	Assurer un accompagnement en lien avec les déplacements actifs et sécuritaires, l'aménagement et l'animation des aires de jeux ou une offre alimentaire saine auprès des municipalités qui en font la demande.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
1.1. REG.10.K	Amorcer une démarche d'implantation du projet Parcs et aires de jeux externes sans fumée de tabac dans les municipalités.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
Les démarches ont été amorcées bien que les municipalités n'aient pas encore été recrutées.	
1.1. REG.10.L	Transmettre à l'Agence le nom des municipalités et les activités réalisées.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
1.1. REG.10.M	Assurer un accompagnement au CSSS pour le volet « employé » (norme Entreprise en santé, établissement promoteur de la santé ou autre initiative).
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
1.1. REG.10.N	Collaborer à la promotion du projet Pratiques cliniques préventives-Habitudes de vie en CSSS.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
1.1. REG.10.O	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 transmettre la liste des activités réalisées.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Non atteint

Le mandat du délégué médical s'étant modifié en cours d'année, les intervenants 0-5-30 n'ont pas été sollicités dans le cadre de ses interventions.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.10.P	Transmettre à l'Agence les activités réalisées en CSSS.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
1.1. REG.10.Q	Participer aux travaux de la mobilisation régionale/locale.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
1.1. REG.10.R	Participer ou contribuer aux différentes mobilisations locales ou regroupements locaux en lien avec la promotion des saines habitudes de vie (CLEFS, regroupements locaux QEF, IPCDC, etc.).
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint
1.1. REG.10.S	Transmettre à l'Agence le rôle du CSSS (ex. : coordination, animation, partenaire, conseil, etc.) et les activités réalisées.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint

Le rôle des intervenants 0-5-30 dans les différentes mobilisations devra être précisé en collaboration avec la DRSP au cours de la prochaine année.

Cessation tabagique (CAT)

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.9.A	Transmettre à l'Agence le nombre de fumeurs joints par les services de cessation tabagique et le nombre d'employés ayant reçu une formation en intervention brève — nombre de fumeurs et d'employés joints
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Atteint

Il est à noter que la nature des informations fournies diffère sensiblement d'un CSSS à l'autre et que certains résultats diffèrent des données recueillies dans la banque I-CLSC. Il conviendrait de préciser davantage l'indicateur afin de recueillir la même information pour tous les établissements.

Programme de dépistage du cancer du sein

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.4.A	Le résultat attendu sera précisé en juin 2011, lorsque le taux de participation pour 2010 sera connu.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	<p>CSSS de Charlevoix : 66,1 %, non-atteinte (baisse observée)</p> <p>CSSS de Portneuf : 65,7 %, non-atteinte (baisse observée)</p> <p>CSSS de Québec-Nord : 70,7 %, atteinte (augmentation du taux et diminution de l'écart)</p> <p>CSSS de la Vieille-Capitale : 67,2 % partiellement atteinte (augmentation du taux et augmentation de l'écart)</p>

Pauvreté, développement social et des communautés

Analyse de milieu : Approche territoriale intégrée

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.11.A	Participer aux mécanismes et travaux touchant l'implantation de l'ATI dans les zones ciblées.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Les quatre CSSS participent aux mécanismes et travaux touchant la mise en œuvre des ATI.

Analyse de milieu : portrait de la défavorisation

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
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 2012 :	Les quatre CSSS ont produit leur portrait de défavorisation.
1.1. REG.12.B	Diffuser les portraits de défavorisation des territoires.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Les quatre CSSS ont commencé la diffusion de leur portrait de défavorisation auprès de leurs partenaires locaux.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.12.C	Préciser 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 2012 :	Aucun résultat observé au 31 mars 2012 pour les quatre CSSS.

Cette attente a été reportée au 31 mars 2013 pour les quatre CSSS parce que les travaux entourant la production des portraits de défavorisation ont pris plus de temps que prévu initialement.

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

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.13.A	Avoir terminé la formation, d'ici mars 2012, auprès des gestionnaires des organismes communautaires et caritatifs faisant de l'aide alimentaire du territoire.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Aucun résultat observé.

Depuis mars 2011, il y a une entente provinciale avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, car c'est lui qui paie pour ces formations et ce sont des formateurs de son réseau qui offrent la formation en hygiène et salubrité aux organismes communautaires et caritatifs. La collaboration demandée aux CSSS a été de préciser les organismes communautaires et caritatifs qui n'avaient pas encore reçu la formation ou qui devaient la recevoir de nouveau parce que la personne responsable n'était plus la même.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.13.B	Avoir assuré la formation auprès des manipulateurs d'aliments œuvrant dans les organismes communautaires et caritatifs du territoire qui en ont fait la demande.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	<p>Les quatre CSSS ont invité les organismes communautaires et caritatifs à se procurer le DVD de la formation « sensibilisation aux bonnes pratiques en hygiène et salubrité pour les organismes communautaires et caritatifs » ainsi que les pochettes pour les participants.</p> <p>Une formation a été donnée au CSSS de Québec-Nord, trois formations au CSSS de la Vieille-Capitale, une formation au CSSS de Portneuf, et aucune au CSSS de Charlevoix.</p>

Cette formation n'est pas obligatoire selon le règlement. La formation est offerte à tous les organismes communautaires et caritatifs, mais peu d'organismes font la demande pour que leur personnel ou leurs bénévoles suivent cette formation.

Maladies infectieuses

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.5.A	1 141 activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants du SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	1 077 activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants du SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP.

CSSS de la Vieille-Capitale

Les activités réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants du SIDEP **dans les lieux** où sont situés les SIDEP visaient un objectif de 1 141 activités de dépistage, et le résultat de 1 077 activités de dépistage démontre l'atteinte à 94 % de l'objectif cette année. Les raisons pouvant expliquer la non-atteinte de l'objectif concernant les ressources humaines s'expliquent par le fait que l'équipe infirmière a subi des changements de personnel nécessitant du temps de formation, d'orientation et d'accompagnement. De plus, comme la clientèle du SIDEP est plutôt marginale et que la stabilité du personnel constitue un enjeu important pour effectuer les activités auprès de cette clientèle, une atteinte à 94 %, dans le contexte, constitue un résultat acceptable. Le SIDEP, sous la responsabilité du CSSS de la Vieille-Capitale, a offert ses services dans les sites du CLSC Haute-Ville-Des Rivières et du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier.

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.5.B	1 158 activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants du SIDEP hors des murs du SIDEP.
Résultat observé au 31 mars 2012 :	1 101 activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants du SIDEP hors des murs du SIDEP.

Quant à la cible touchant l'intervention dans les milieux de vie de la clientèle hautement à risque d'ITSS, soit celle rejointe par les intervenants **hors les murs** du SIDEP, celle-ci se situe en deçà de l'objectif avec un total de 1 101 dépistages réalisés, soit 95 % de l'objectif. Par ailleurs, ce résultat démontre une diminution du nombre de dépistages de 23 % comparé au résultat de 2010-2011, en passant de 1 421 à 1 101 activités de dépistage. Sachant que par les années passées, la prise du virage hors site, soit le rapprochement des services vers les clientèles vulnérables, qui est une

orientation ministérielle et une priorité régionale, a donné de bons résultats, nous convenons qu'un effort devra être fait pour augmenter le nombre de dépistages jusqu'à l'atteinte de la cible et idéalement, jusqu'au nombre atteint en 2010-2011.

Infections nosocomiales

Numéro	Résultat visé au 31 mars 2012
1.1. REG.14.A	Nombre en équivalent temps complet (ETC) d'infirmières en prévention et contrôle des infections en poste en rapport avec le nombre de lits dressés au 31 mars de l'année précédente : 100 %
Résultat observé au 31 mars 2012 :	Cible non atteinte (39,6 ETC en poste sur 40,5 ETC attendus, soit 97,8 % de la cible attendue)

La cible est non atteinte à l'échelle régionale, mais il manque très peu d'ETC pour l'atteindre (soit moins de 1 ETC pour l'atteindre).

La non-atteinte s'explique par deux raisons principales, soit :

- pour certains établissements, le calcul du nombre d'ETC nécessaire en fonction du nombre de lits crée des fractions de quelques dixièmes d'ETC (0,1 ou 0,2), ce qui est dans la pratique impossible à combler;
- pour d'autres établissements, il s'agit de postes non remplacés en date du 31 mars 2012, mais dont le processus de remplacement est en cours. Cela démontre le haut taux de roulement du personnel en prévention des infections, car il y a en effet plusieurs départs tout au long de l'année et ceux-ci doivent constamment être remplacés.

3. AUTRES RÉSULTATS D'IMPORTANCE

3.1 Plan d'action régional de santé publique 2009-2015

Le 6 octobre 2011, le Conseil d'administration de l'Agence adoptait le plan stratégique proposé par la Table régionale de santé publique. Sous la responsabilité du directeur régional de santé publique, cette table, qui regroupe les responsables de santé publique des CSSS et de l'Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's, assurera sa mise en œuvre.

Le Plan d'action stratégique veut améliorer la mise en œuvre du Plan d'action régional et des plans d'action locaux dans la région en mettant de l'avant des actions stratégiques jugées essentielles afin de relever les défis et conditions favorables suivants :

Les défis :

- Réduire les inégalités sociales de santé.
- Renforcer la concertation intersectorielle dans la poursuite d'une vision intégrée des interventions de santé publique.
- Améliorer l'arrimage entre les paliers régional et local pour la mise en œuvre du Plan d'action régional et des plans d'action locaux.
- Favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives.

Les conditions favorables :

- Des ressources humaines assignées aux mandats de santé publique.
- Des ressources financières qui assurent le déploiement de l'ensemble de l'offre de service.
- La recherche et l'évaluation.

La plupart des plans d'action élaborés pour atteindre les objectifs de chaque défi et condition favorable ont débuté dès l'automne 2011. Ces travaux contribuent à améliorer la qualité et l'efficacité des actions de santé publique, de même que la collaboration entre l'Agence, les CSSS et les partenaires sectoriels et intersectoriels.

3.2 Cancer dans la Capitale-Nationale : incidence et mortalité

Afin de soutenir les travaux visant la mise à jour et le suivi du Programme québécois de lutte contre le cancer dans la région de la Capitale-Nationale, la Direction régionale de santé publique a produit un portrait du cancer dans la région. L'information présentée porte principalement sur l'incidence du cancer et la mortalité par cancer en faisant ressortir les tendances temporelles et les écarts, que ce soit entre les sexes, les groupes d'âge, les territoires de résidence ou les niveaux de défavorisation. Voici quelques faits saillants de ce rapport :

- Chaque année, plus de 3 700 personnes de la Capitale-Nationale reçoivent un diagnostic de cancer (les cancers de la peau autres que le mélanome ne sont pas considérés). Ce nombre est en augmentation.
- Près de 1 700 personnes meurent de cette maladie annuellement. Le cancer représente la première cause de mortalité; le tiers des décès est dû à cette maladie.
- Le risque de cancer augmente avec l'âge. En fait, 88 % des nouveaux cas de cancer et 94 % des décès par cancer surviennent après 50 ans, dont respectivement 56 % et 71 % touchent des personnes de 65 ans et plus.
- Les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer, ajustés pour l'âge, sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, l'écart entre les deux sexes tend à diminuer. Le taux de mortalité a diminué de façon importante chez les hommes.

- Le cancer du poumon, le cancer du sein chez la femme, le cancer colorectal et le cancer de la prostate représentent 56 % des nouveaux cas de cancer et 53 % des décès par cancer.
- Le cancer du poumon représente la première cause de décès par cancer tant chez les hommes que chez les femmes; 28 % des décès par cancer lui sont attribuables. Le taux de mortalité a diminué chez les hommes, alors que ce taux a augmenté chez les femmes.
- Le taux d'incidence du cancer, ajusté pour l'âge, est plus élevé dans la Capitale-Nationale que dans le reste du Québec. Des principaux cancers, le cancer du sein chez la femme et le cancer de la prostate sont plus souvent diagnostiqués.
- Les hommes et les femmes de la région de la Capitale-Nationale vivant dans des milieux défavorisés présentent un risque plus élevé d'être atteints ou de mourir du cancer, comparativement aux milieux favorisés. L'écart est particulièrement préoccupant dans le cas du cancer du poumon.

3.3 Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Les résultats observés au 31 mars 2012 indiquent un taux de participation dans la région de 68,5 %, soit une légère hausse par rapport aux données de 2010 (68 %). Deux des territoires de CSSS (Charlevoix et Portneuf) n'ont pas atteint la cible alors que les CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale ont vu leur taux de participation augmenter. Toutefois, seul le CSSS de Québec-Nord a réussi à faire diminuer l'écart entre les deux secteurs ayant la plus faible et la plus forte participation.

Autres résultats d'importance :

- En 2011, le centre de coordination des services régionaux a imprimé la millionième lettre transmise aux femmes de la région.
- Deux projets d'évaluation ont été réalisés au cours de l'année 2011-2012. Le premier portait sur l'évaluation d'un projet de mobilisation communautaire : Le réseau des alliées du sein de Charlevoix. Le deuxième projet avait comme objectif de valider un questionnaire de satisfaction des femmes participant au PQDCS.
- Dans le but de répondre, d'une part, aux questions soulevées par les professionnels de la santé et d'autre part, aux diverses questions en lien avec des publications écrites et des messages dans les médias, le Groupe Actions-médecins (GAM) a rédigé et diffusé deux communiqués à l'intention des médecins, des infirmières GMF-CRQ et des intervenants concernés dans le PQDCS. Ceux-ci s'intitulaient « La mammographie et les prothèses mammaires », « Mammographie, radiations et thyroïde ». Après la publication de la position du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSS) sur le dépistage du cancer du sein, le GAM a rédigé un argumentaire concernant l'examen clinique des seins (ECS). De plus, dans le contexte de l'intervention de soutien auprès des infirmières GMF, une formation médico-nursing sur le dépistage du cancer du sein et sur les problématiques mammaires a été donnée dans un GMF de la région.
- Enfin, un nouveau médecin a été recruté pour assumer la responsabilité d'assurance-qualité du programme pour la région.

3.4 Évaluation d'un signalement d'excès de cas de cancer dans la municipalité de Shannon

En juillet 2010, le Regroupement des citoyens de Shannon (RCS) signalait au Directeur régional de santé publique qu'une vingtaine de cas de cancer du cerveau, chez des personnes ayant fréquenté le territoire de Valcartier, leur avait été rapportée. L'automne suivant, le Directeur s'engageait à faire une analyse descriptive de ces cas, ainsi que des sept autres types de cancer qui font l'objet d'un suivi particulier depuis la découverte, en décembre 2000, du trichloroéthylène (TCE) dans les puits résidentiels de Shannon. L'analyse préliminaire des renseignements sur les cas de cancers autorapportés a montré qu'il était pertinent de pousser les analyses afin de déterminer si l'apparence d'excès se confirme. Depuis, une étude d'agrégat a été mise sur pied et les premiers résultats seront connus en 2013. Les cas de cancer recensés dans le *Fichier des tumeurs du Québec* pour la période 1984 à 2006 seront également

considérés dans cette étude. Cette étude d'agrégat demandera la participation de plusieurs experts dans les domaines de l'épidémiologie, de l'oncologie et de la statistique.

3.5 Monoxyde de carbone et opérations de dynamitage

Les travaux d'excavation à l'explosif génèrent la production de monoxyde de carbone (CO). Ce gaz peut migrer dans le sol et s'infiltrer dans les bâtiments et les espaces clos ou mal ventilés à proximité du chantier et intoxiquer les personnes qui s'y trouvent. Depuis 2009, une augmentation importante de la fréquence de tels incidents au Québec a été observée, et plusieurs ont eu lieu dans notre région. Un *Guide de bonnes pratiques* à l'intention des entrepreneurs et des municipalités effectuant des travaux de sautage a été produit en collaboration avec plusieurs ministères, la Sûreté du Québec, la CSST, l'INRS-ETE et la Société d'énergie explosive du Québec (SEEQ). Diffusé à une clientèle élargie en mars 2012, il est disponible en ligne sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux. De plus, une norme du Bureau de normalisation du Québec reprenant les éléments de ce Guide est en cours de production et la DRSP est membre du comité mis en place à cet effet. Enfin, la gestion complexe de certaines interventions d'urgence concernant du monoxyde de carbone a mis en lumière la nécessité d'un meilleur encadrement. Un groupe de travail dirigé conjointement par la DRSP et le ministère de la Sécurité publique a réalisé un protocole d'intervention à l'intention des services de protection contre les incendies de la province de Québec. Ce protocole sera soumis pour consultation au cours du mois de juin auprès de l'Association des chefs en sécurité incendie du Québec (ACSIQ). Un document encadrant plus précisément le rôle des intervenants de la santé publique lors de telles interventions est également en cours de production.

3.6 Manuel sur les valeurs seuils utilisées dans les situations d'urgence pour une exposition aux produits chimiques ou corrosifs dans l'air

Malgré des variations individuelles, il est reconnu que les effets sur la santé d'une exposition aux produits toxiques ou corrosifs dans l'air dépendent de la dose effective reçue. Lors d'une situation d'urgence, les premiers intervenants ont pour objectif de faire en sorte que l'exposition de la population à des substances toxiques est limitée. Ils visent donc une concentration en deçà de laquelle des effets indésirables ne seront pas observés. Qu'il s'agisse d'opérations d'évacuation, de confinement ou de réintégration, la gestion des interventions d'urgence nécessite donc la prise en compte de certains seuils à partir desquels il est impératif d'agir. Afin de favoriser une meilleure compréhension des recommandations de santé publique et de sensibiliser les premiers intervenants à l'importance de rechercher ces valeurs seuils dans les situations d'urgence, la DRSP de la Capitale-Nationale a rédigé un manuel d'urgence cité en titre. Le manuel présente les valeurs de référence au regard de l'exposition à court, moyen et long terme, qui peuvent être utilisées en situation d'urgence, autant pour les travailleurs que pour la population en général, y compris les personnes vulnérables. On y retrouve non seulement un tableau résumé des valeurs à utiliser en fonction du temps de l'intervention et des effets sur la santé, mais aussi des exemples concrets d'application de ces seuils (ammoniac, benzène, formaldéhyde, monoxyde de carbone, naphthalène et styrène). Le manuel est accompagné d'une carte synthèse plastifiée et en format poche pratique pour l'intervenant terrain.

3.7 Rôle des médias dans la prévention du suicide : diffusion d'un outil de sensibilisation

La Direction régionale de santé publique (DRSP) et les centres de prévention du suicide (CPS) de Québec, de Portneuf et de Charlevoix ont profité de la journée mondiale de prévention du suicide pour rappeler aux médias le rôle important qu'ils peuvent jouer dans la prévention du suicide. Une conférence de presse a été tenue le 7 septembre 2011, au cours de laquelle le directeur régional de santé publique, le docteur François Desbiens, et les représentants des CPS de la région ont présenté leurs services, ainsi que les plus récentes statistiques en matière de suicide. Plusieurs médias de la région ont répondu à l'invitation. Les centres de santé et de services sociaux, l'Hôpital Jeffery Hale et les corps policiers étaient également présents comme partenaires de cette initiative. L'occasion a été saisie pour présenter aux journalistes une fiche thématique sur le suicide. Cet outil expose les approches médiatiques à favoriser et à éviter, de même que les services en prévention du suicide offerts dans la région de la Capitale-Nationale. Les statistiques, démontrant une tendance à la baisse du suicide pour notre région, et

les recommandations véhiculées par la fiche, ont retenu l'attention des journalistes, ce qui s'est reflété dans la couverture médiatique. Au total, ce sont 300 exemplaires de la fiche qui ont été acheminés à tous les médias écrits et électroniques de la région de la Capitale-Nationale. Ce nouvel outil guide désormais les CPS et les médias dans l'approche à adopter pour aborder le phénomène du suicide auprès de la population.

3.8 Service d'injection supervisée (SIS)

La décision favorable de la Cour suprême du Canada concernant les services offerts par le centre d'injection supervisée de drogue *Insite*, à Vancouver, a été rendue le 30 septembre 2011. Ce jugement démontre notamment que la toxicomanie est une maladie et que les centres d'injection supervisée peuvent sauver des vies. Il établit aussi que la présence de ce type d'installation dans un quartier n'entraîne pas davantage de méfaits. De plus, il fournit des précisions sur le contexte dans lequel ce type de projet pourrait voir le jour.

L'Agence a ciblé les SIS dans son plan d'action régional de santé publique (PAR) comme étant des services à développer. Considérant que la clientèle concernée est principalement située sur son territoire, l'Agence a mandaté le CSSS de la Vieille-Capitale afin de déposer un projet d'offre de SIS aux UDI qui tienne compte des besoins régionaux dans le respect du jugement de la Cour suprême du Canada. Les travaux portant sur la consultation et la mobilisation des différentes organisations concernées, notamment la Ville de Québec, les policiers, les organismes communautaires, les établissements de santé et de services sociaux et les élus se poursuivront en 2012. Le projet dans son ensemble doit considérer les enjeux légaux, d'organisation de services, de financement, d'évaluation et d'acceptabilité sociale, et sera déposé au plus tard le 31 mars 2013, auprès de l'Agence.

3.9 Campagne de rattrapage de vaccination contre la rougeole dans les écoles primaires et secondaires

À l'automne 2011, le Québec était aux prises avec la plus importante éclosion de rougeole à survenir dans les Amériques depuis l'élimination de la transmission soutenue de cette maladie (2002) sur ce continent. Au 26 octobre 2011, la transmission de l'infection était toujours active avec 747 cas déclarés. Les deux tiers des cas déclarés touchaient des jeunes âgés de 10 à 19 ans. Pour en limiter la propagation, le ministère de la Santé et des Services sociaux a lancé, en novembre 2011, une vaste campagne de rattrapage de vaccination contre la rougeole ciblant les jeunes fréquentant les écoles primaires et secondaires du Québec.

L'objectif à atteindre est d'obtenir une couverture vaccinale contre la rougeole de 95 % et plus. Au terme de cette opération d'envergure, dans la région de la Capitale-Nationale, au 17 mai 2012, 91,5 % des jeunes du primaire et 90,5 % des jeunes du secondaire sont protégés contre la rougeole. Les CSSS et le MELS ont travaillé conjointement avec le soutien de la DRSP. Le 21 mars 2012, le Bureau de surveillance et de vigie (BSV) du ministère de la Santé et des Services sociaux a déclaré la fin de l'épisode de rougeole de 2011. Le dernier cas de rougeole confirmé au Québec est survenu au cours de la semaine du 18 décembre 2011. Il s'agit d'un cas importé d'Europe (visiteur de passage au Québec). Au total, 776 cas ont été rapportés lors de cet épisode de rougeole, répartis dans 10 régions du Québec. Les régions les plus touchées ont été la Mauricie et Centre-du-Québec (538 cas), la Montérégie (145 cas), la Capitale-Nationale (31 cas) et l'Estrie (26 cas). Dans la Capitale-Nationale, le dernier cas confirmé est survenu au cours de la semaine du 28 août 2011. Dans notre région, aucun cas n'a été rapporté dans le milieu scolaire.

3.10 Évaluation d'un atelier de prévention de l'agression sexuelle offert aux adolescents

L'agression sexuelle étant une problématique importante au Québec, l'organisme Viol-Secours a mis sur pied, depuis plusieurs années, une intervention de prévention de l'agression sexuelle s'adressant aux adolescents et adolescentes de quatrième et cinquième secondaire.

Le *Rapport des effets à court et à moyen terme des profils d'apprentissage et de la satisfaction des participants à l'atelier de prévention de l'agression sexuelle offert par Viol-Secours aux adolescents de 4^e et 5^e secondaire de la région de la Capitale-Nationale* présente les résultats d'une recherche évaluative effectuée afin d'explorer les effets à court et à moyen terme de cet atelier en matière de connaissances liées à la problématique de l'agression sexuelle, de connaissance des ressources en cas de besoin, d'attitudes au regard de l'agression sexuelle, d'habiletés à reconnaître une situation d'agression sexuelle et à répondre adéquatement à un dévoilement d'agression sexuelle.

Les résultats démontrent que le groupe ayant participé à l'atelier de prévention s'est significativement amélioré par rapport à l'ensemble des variables évaluées, alors que le groupe contraste ne s'est pas amélioré et a même vu ses résultats se détériorer sur certains aspects. L'atelier de prévention de l'agression sexuelle offert par Viol-Secours est donc efficace lorsqu'offert à des élèves de quatrième et cinquième secondaire pour améliorer leurs connaissances, leurs attitudes, leurs habiletés en ce qui a trait à la prévention de l'agression sexuelle. Les filles présentent à tous moments de meilleurs résultats que les garçons, mais les gains des garçons après l'atelier sont tout aussi importants que ceux des filles. Par ailleurs, l'atelier présente certains effets inattendus, tels que l'augmentation des niveaux de résilience, de conscience et d'acceptation de soi.

3.11 Évaluation du déploiement de cinq outils de promotion et de prévention utilisés dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE)

Depuis 2004, la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP) est responsable de l'implantation et de la consolidation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) sur son territoire. Dans le but de soutenir les interventions effectuées auprès des familles, cinq outils ont été mis à la disposition des intervenants ou des familles : le dépliant explicatif des services, les modèles de fœtus, le porte-bébé, la trousse de sécurité ainsi que la barrière de sécurité. Pour le choix de ces outils, la DRSP s'est appuyée sur les objectifs des SIPPE, les connaissances scientifiques récentes ainsi que les besoins exprimés par les gestionnaires Famille-enfance-jeunesse des CSSS. Une étude évaluative descriptive a été menée auprès des intervenants des équipes des SIPPE, de leurs gestionnaires et d'un échantillon de familles, dans le but d'optimiser l'utilisation des outils par une meilleure connaissance des pratiques gagnantes, des lacunes et difficultés rencontrées ainsi que des conditions optimales de déploiement. L'étude vient confirmer l'utilité des outils en appui à l'intervention, autant du point de vue des intervenants que de celui des familles. Elle fait ressortir la diversité des pratiques d'un milieu à l'autre. Elle met en lumière certaines difficultés et lacunes, autant dans l'utilisation que dans les aspects de gestion. Elle suggère des pistes d'amélioration des façons de faire qui prennent la forme de 24 recommandations. La mise en œuvre de ces recommandations entraînera des gains d'efficacité susceptibles de bonifier les interventions, pour le mieux-être des enfants et de leurs familles.

3.12 Information en période prénatale : pratiques et besoins des mères, des pères et des intervenants dans la Capitale-Nationale

La Direction régionale de santé publique (DRSP) a diffusé les résultats de son étude visant à mieux comprendre les besoins d'information pour les futurs parents et à documenter les pratiques des intervenants qui les soutiennent. Dans le cadre de cette étude, financée par le Programme de subvention en santé publique (PSSP), 279 parents de la région ont été interrogés quelques mois après la naissance de leur enfant. De plus, 148 intervenants (infirmières, intervenantes sociales, médecins, éducatrices spécialisées, consultant en lactation, bénévoles en allaitement, etc.) œuvrant en périnatalité ont également participé à l'étude. Les résultats démontrent que les parents obtiennent l'information en premier lieu avec le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (INSPQ), les rencontres prénatales en CLSC, les suivis médicaux ou avec une sage-femme et les cliniques prénatales en CLSC. Selon les parents, certaines informations sont transmises trop tôt ou trop tard pendant la grossesse selon le sujet abordé et doivent être mieux nuancées pour tenir compte des situations particulières; anxiété, primipare ou multipare, scolarité des parents, information plus substantielle pour encourager un choix éclairé. Selon les intervenants, l'accessibilité aux services d'information n'est pas

optimale; difficulté d'obtenir un rendez-vous, nécessité de plus de temps auprès de la clientèle, outils d'information parfois désuets ou mal adaptés aux besoins. Afin de répondre à ces besoins, la DRSP a mis sur pied un groupe de travail qui proposera une trajectoire régionale d'information prénatale pour que tous les futurs parents puissent obtenir cette information au bon moment et de façon à répondre à leurs besoins.

3.13 Forum sur les Inégalités sociales de santé

Le premier défi du *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012* de la région de la Capitale-Nationale vise à réduire les inégalités sociales de santé. Le prochain rapport du directeur de santé publique de la Capitale-Nationale portera sur cette thématique. Pour répondre aux objectifs du rapport, recueillir des données qui reflètent la réalité vécue dans la région, proposer des interventions qui tiennent compte du contexte local et susciter une mobilisation locale et régionale de différents acteurs, un vaste processus de consultation a été mené et a pris différentes formes, notamment un forum régional, qui a eu lieu le 6 octobre 2011. Ce forum a permis de réunir une centaine de personnes, dont plusieurs avaient participé au processus de consultation (CSSS, Agence, Institut national de santé publique du Québec, organismes communautaires, ministère de la Sécurité publique, ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, Service Canada, Emploi Québec, Conférence régionale des élus, Approche territoriale intégrée de la Capitale-Nationale, citoyens appartenant à des groupes sociaux vivant de l'exclusion sociale et ayant participé aux groupes de discussion). Cette rencontre a été l'occasion pour l'ensemble des participants d'échanger sur leur compréhension des inégalités sociales de santé et leurs causes, ainsi que de proposer des pistes d'interventions en vue d'instaurer l'équité en santé dans la région.

3.14 Coût du panier à provisions nutritif dans la région de la Capitale-Nationale

La Direction régionale de santé publique (DRSP) de l'Agence a présenté les résultats d'une étude qui a permis de déterminer le coût minimal moyen du panier à provisions nutritif (PPN) et de le situer dans le budget global des ménages. Cette étude a été réalisée par le Dispensaire diététique de Montréal (DDM) en collaboration avec la DRSP.

Le coût du PPN, en 2011, a été évalué à 7,23 \$ par personne, par jour. Pour une famille type de quatre personnes, constituée de deux adultes (homme et femme de 31 à 50 ans) et deux enfants (garçon de 14 à 18 ans et fille de 9 à 13 ans), bien se nourrir, à faible coût, représente donc une dépense hebdomadaire de 202,44 \$.

Tandis que pour une famille de classe moyenne de deux adultes et deux enfants, la proportion que représente le coût du PPN atteint 12 % du revenu médian après impôt, la situation est tout autre pour une famille à faible revenu, pour qui cette même proportion représente 45 % du revenu médian après impôt. Pour une famille à faible revenu, bien se nourrir, à faible coût, exige donc une forte part du budget et il faut en plus considérer les frais pour le logement.

Le panier à provisions nutritif (PPN) est un outil permettant de documenter le coût minimum pour une saine alimentation. Il constitue la commande hebdomadaire d'aliments qui, à faible coût, satisfait les besoins nutritionnels selon l'âge, le sexe et la condition physiologique. Le PPN est composé d'aliments de base, au plus bas prix, nécessitant de la préparation. La variation du coût du PPN peut être influencée par la superficie des magasins. Le PPN doit être utilisé à l'échelle d'une communauté en le combinant avec d'autres données (exemples : coût du logement, du transport, accessibilité physique).

3.15 Mon école à pied, à vélo

Mon école à pied, à vélo est un projet de promotion des déplacements actifs entre le domicile et l'école qui cible les enfants du primaire. Lancé dans la région en octobre 2005 par Vélo Québec, le programme est aujourd'hui implanté dans 16 régions administratives et 210 écoles.

L'évaluation de la mise en œuvre et de la pérennisation du programme avait pour but de déterminer les facteurs qui facilitent et ceux qui entravent la mise en place du programme ainsi que de cerner le savoir-faire associé à son implantation et à sa pérennisation dans les écoles participantes.

Les données recueillies ont permis de déterminer des pistes d'action à privilégier :

- Examiner la pérennité avant la fin de son financement.
- Intégrer le programme à la mission, à la programmation en promotion des saines habitudes de vie ou aux activités de l'école.
- Élaborer une stratégie permettant le remplacement ou le recrutement de responsables des déplacements actifs et prévoir un mécanisme de transfert des connaissances.
- Regrouper les acteurs des écoles et de la communauté préoccupés par les déplacements actifs et sécuritaires afin qu'ils agissent comme une force mobilisatrice de la communauté.
- Assurer une communication soutenue et un suivi du programme.
- Assurer la poursuite de la collaboration de l'équipe au terme des trois années d'implantation du programme.

3.16 Évaluation des services d'aide à la cessation tabagique

Bien que des services de cessation soient offerts gratuitement par les centres d'abandon du tabagisme (CAT), il s'avère que ces services sont sous-utilisés par la population de fumeurs et d'ex-fumeurs récents. Par ailleurs, de nouveaux modèles de services sont présentement expérimentés et influencent le recours aux services de cessation tabagique régionaux.

Une étude a été réalisée pour évaluer l'état des services de cessation tabagique offerts dans les CAT de la région de la Capitale-Nationale et à proposer des ajustements afin de maximiser leur utilisation par les fumeurs et les ex-fumeurs récents.

À la suite de cette démarche, les actions suivantes sont prévues :

- Arrimage des services de cessation tabagique et de la trajectoire de services en maladies chroniques.
- Mise en œuvre d'un projet pilote d'interventions auprès des femmes enceintes qui fument par l'intermédiaire des intervenants travaillant dans les programmes Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et Œufs, lait, jus d'orange (OLO) des CSSS.
- Mise en place de structures de concertation locales pour l'optimisation des services offerts aux fumeurs.
- Utilisation du service téléphonique TelAsk pour améliorer le suivi des clients.
- Mise en œuvre d'un plan d'action régional 2012-2015 comprenant les nouvelles orientations des CAT de la région de la Capitale-Nationale.

3.17 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 d'implanter le processus et les outils, d'accompagner les exploitants, d'assurer la gestion du processus, la coordination avec les différents partenaires tels que le réseau de la santé (centres de santé et de services sociaux,

ministère de la Santé et des Services sociaux et commissaire régional), le Conseil québécois d'agrément (CQA) et le secteur municipal et, finalement, d'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.

Quelques chiffres

Pour l'année 2011, on compte 167 résidences privées pour aînés, dont 154 sont certifiées. De ce nombre, 86 sont en processus de renouvellement de leur certificat. Enfin, 13 résidences sont en processus pour obtenir un premier certificat.

Pour les ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique, on compte 10 ressources, dont 7 sont certifiées et 3 en processus de certification.

3.18 Bilan général de PÉCA

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 4 083 places d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les 273 places de résidences intermédiaires (RI) et de type familial (RTF) de la région 03.

Données	2011-2012	2010-2011
Admission permanente en CHSLD	1 258	1 108
Admission transitoire en CHSLD	607	587
Nombre de demandes reçues pendant l'année	1 807	2 162
Nombre de demandes évaluées ou réévaluées	3 437	3 359
Nombre de dossiers fermés pendant l'année	2 258	2 128
Décès de la personne (durant le processus)	631	650
Retrait de la demande	108	75
Refus du placement	20	10
Demandes non admissibles	89	88
Retour à domicile	2	4
Admission autres sous-régions	11	16
Admission dans un centre privé	2	0
Fermeture — Autres motifs	156	177

Le territoire du **CSSS de Portneuf** a procédé à 103 admissions pendant l'année. Leur provenance se répartissait comme suit :

Provenance des admissions	Portneuf
CHSGS	55
Domicile ou résidences privées et CHR de Portneuf	44
Autres régions et transferts intra-régionaux	4

Au 31 mars 2012, 112 personnes étaient en liste d'attente :

Nombre	Localisation
7	Hospitalisées
26	Domicile avec les services de leur CLSC
34	Résidence privée pour personnes âgées
45	Autres (CHSLD, autres régions, etc.)

Les territoires des **CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale** ont, quant à eux, procédé à 1 680 admissions. Ces admissions se répartissent de la façon suivante :

Provenance des admissions	Québec
CHSGS	881
Domicile ou des résidences privées	227
Autres*	572

Les 1 546 demandes toujours en attente provenant des territoires de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale peuvent être regroupées de la façon suivante :

Nombre	Localisation
57	Hospitalisées
359	Domicile avec services du CLSC
667	Résidence privée pour personnes âgées
463	Autres*

* « Autres » regroupe les dossiers en provenance de :

RI-RTF, transferts inter-CHSLD, RNI, CRDI, IUSMQ, IRDPQ, UTRF, URFI et les demandes des autres régions du Québec.

Finalement, le territoire du CSSS de Charlevoix a procédé à 82 admissions au cours de l'année 2011-2012. Au 31 mars 2012, 9 personnes étaient en attente d'hébergement. Le mécanisme d'accès à l'hébergement de la région de Charlevoix a reçu 47 nouvelles demandes pour l'année 2011-2012.

3.19 Services préhospitaliers

Formation des techniciens ambulanciers/paramédics

Les techniciens ambulanciers/paramédics (TAP) de la région de la Capitale-Nationale ont suivi le programme de formation « Dyspnée Jour 1 ». Nous avons également terminé, pour tous les TAP, la mise à jour en lien avec les programmes de formation offerts en 2009-2010 et 2010-2011.

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 (CCSC), a poursuivi la refonte du système de radiocommunication RENIR pour le secteur de Charlevoix, qui se finalisera dans le courant de la prochaine année. À la suite du départ de monsieur André Hamel, une nouvelle directrice générale a été nommée, soit madame

Joanne King, et celle-ci est entrée en fonction en décembre 2011. Pour la prochaine année, le CCSC pilotera toute la démarche pour un appel d'offres concernant l'acquisition d'un nouveau logiciel de répartition assistée par ordinateur (RAO).

Objectifs 2012-2013

Au cours de la prochaine année, l'Agence, de concert avec l'IUCPQ, le CHUQ, L'Hôtel-Dieu de Québec et l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) de l'Hôtel-Dieu de Lévis, mettra sur pied un programme de transmission de l'électrocardiogramme 12 dérivation (ECG-12D), afin de diriger directement les patients ayant des signes et symptômes d'infarctus du myocarde 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.

Au sujet de la formation des TAP, nous prévoyons offrir les formations suivantes, soit l'application des nouvelles normes de réanimation cardio-respiratoire ainsi que la formation concernant la télémétrie et les constats de décès. Nous terminerons également, par deux jours d'enseignement, le programme de Dyspnée d'origine cardiaque probable, la première journée ayant été offerte en 2010-2011.

Des démarches ont été entreprises cette année afin de recruter un Directeur médical des services préhospitaliers d'urgence en vue d'une entrée en fonction en 2012-2013.

En terminant, soulignons le fait qu'un nouveau contrat de service négocié entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les entreprises a été entériné par les instances formelles, et le nouveau contrat prendra effet au 1^{er} avril 2012. L'Agence procédera à la signature du nouveau contrat de service avec chacune des entreprises ambulancières et veillera à appliquer les modalités relatives de celui-ci.

3.20 Sécurité civile

À l'échelle régionale, le dossier de la sécurité civile a nécessité de multiples rencontres avec nos partenaires du réseau sociosanitaire et nos partenaires externes (municipaux, régionaux et fédéraux) afin de poursuivre les démarches dans les quatre dimensions de la sécurité civile : prévention, préparation, intervention et rétablissement.

À titre d'exemple :

- Comité des coordonnateurs en sécurité civile des établissements du territoire;
- Comité des coordonnateurs en sécurité civile des agences de la santé et des services sociaux;
- Rencontres de l'organisation régionale en sécurité civile de Chaudière-Appalaches et de la Capitale-Nationale;
- Rencontres avec le bureau de sécurité civile de la Ville de Québec;
- Finalisation des rencontres des municipalités régionales de comtés avec les centres de santé et de services sociaux concernés.

La participation à de multiples simulations avec nos partenaires, dont la Ville de Québec, l'Agence de la santé publique du Canada, l'Aéroport international Jean-Lesage de Québec, le Port de Québec, le Bureau du coroner, les établissements du réseau, la Croix-Rouge, permet de valider la fiabilité des plans élaborés et d'y apporter des correctifs, si requis. La connaissance des rôles et responsabilités des partenaires est un enjeu très important dans le domaine de la sécurité civile.

Divers événements survenus au cours de l'année ont requis une coordination ou un soutien à l'échelle régionale. À titre d'exemple, mentionnons l'évacuation à la suite des inondations de la Ville de Saint-Raymond et de l'ouragan Irène. Nous participons aussi à la planification de grands événements qui se produisent sur le territoire, par exemple la fête de la Saint-Jean-Baptiste et le Grand Prix cycliste de Québec.

Plusieurs dossiers ont été poursuivis, notamment le traitement du risque relié à une pénurie d'eau potable dans nos établissements, l'identification de la clientèle vulnérable, la révision de la mission « Santé » et l'arrimage avec nos partenaires.

La prochaine année s'annonce prometteuse avec l'adoption de la version actualisée de la mission « Santé » du Plan national de sécurité civile au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux et la rédaction du plan ministériel, qui nécessitera la mise en place de nos plans régionaux et locaux dans le réseau.

3.21 Application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services²

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 jeu pathologique, services préhospitaliers d'urgence et l'Agence, pour ces activités ou fonctions qui concernent personnellement le plaignant.

En 2011-2012, le commissaire régional a traité 61 plaintes en provenance d'usagers ou de leurs représentants, dont 58 ont été conclues et 3 étaient en cours de traitement au 31 mars 2012, comme présentées dans le tableau à la page suivante. Dans une proportion de 94,8 %, les plaintes ont été conclues (55) à l'intérieur des 45 jours souhaités par le régime d'examen des plaintes. Trois plaintes ont fait l'objet d'un recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. Les plaintes reçues en cours d'année (58) concernent principalement les résidences pour personnes âgées (36 %) et les services préhospitaliers d'urgence (22 %), suivis des organismes communautaires (19 %), de l'Agence (17 %), et des ressources d'hébergement en toxicomanie ou jeu pathologique (2 %).

Dans les 58 plaintes conclues, 108 motifs d'insatisfaction ont été invoqués par les usagers ou leurs représentants, dont 95 ont été retenus pour examen. De ce nombre, 42 motifs ont fait l'objet de 71 mesures correctives, dont 23 engagements de l'instance visée et 48 recommandations du commissaire régional. Au 31 mars 2011, 83 % des mesures correctives étaient implantées (59). Celles restantes (12) étaient en cours de l'être par l'instance visée par la plainte et rien ne laisse croire qu'elles ne seront pas implantées à leur échéance.

En 2011-2012, le commissaire régional a reçu 66 signalements en provenance de la population ou des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Tous les signalements ont fait l'objet d'un processus de validation. Vingt-deux signalements ont donné lieu à une intervention du bureau du commissaire auprès de l'instance visée, sept de l'Agence, en lien avec le suivi de la certification, et six des CSSS. La presque totalité des signalements (95 %) concernait les résidences pour personnes âgées.

Des 22 interventions conclues par le bureau du commissaire, 57 motifs d'insatisfaction ont été invoqués et retenus pour examen. De ce nombre, 29 motifs ont fait l'objet de 36 mesures correctives, dont 22 engagements de l'instance visée et 14 recommandations du commissaire régional. Au 31 mars 2012, les mesures correctives étaient toutes implantées ou étaient en cours de l'être par l'instance visée.

Conformément à son mandat, le bureau du commissaire régional a répondu à 291 demandes d'assistance de la population (soutien à une démarche) et 21 demandes de consultation (avis) de la part des commissaires locaux et des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

2. Ce rapport sommaire présente les grandes lignes du traitement des plaintes acheminées à l'Agence en 2011-2012. Un rapport détaillé sur l'examen des plaintes par l'ensemble des établissements de la région et par l'Agence sera accessible au centre de documentation et sur le site Internet de l'Agence.

Nombre de plaintes en 2011-2012 selon leur statut au 31 mars 2012

Plaintes en voie de traitement le 1 ^{er} avril 2011	Plaintes reçues en 2010-2011	Plaintes totales à traiter	Plaintes conclues	Plaintes en voie de traitement le 31 mars 2012
3	58	61	58	3

3.22 Élections des conseils d'administration des établissements publics du réseau de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Il y a six ans, les élections des conseils d'administration des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux avaient lieu, plus précisément le 23 octobre 2006. Après deux prolongations édictées par le ministre de la Santé et des Services sociaux en 2009 et 2010, de nouvelles élections ont été tenues le 1^{er} novembre 2011. Le taux de participation pour la région de la Capitale-Nationale a été de 0,26 %, pour un total de 1224 électeurs. Rappelons qu'en 2006, le taux de participation provincial atteint pour ces élections était de 1,2 %.

Cette année, 7 des 13 établissements publics de santé et de services sociaux du territoire de la Capitale-Nationale ont donc procédé à l'élection de deux représentants au collège « population » au sein de leur conseil d'administration, pour un total de 14 postes à pourvoir. C'est ainsi que les Centres de santé et de services sociaux de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale, l'IUCPQ, le CHUQ, le CHA, l'USMQ et le CJK ont tenu une élection. Une stratégie de communication s'est alors mise en place dans la région pour informer et sensibiliser la population à l'importance de participer à cet exercice démocratique, en plus de respecter des exigences légales.

Ainsi, pour le collège électoral de la population, un avis d'élection a été diffusé le 7 septembre 2011 dans différents journaux de la région métropolitaine de Québec, de Portneuf et de Charlevoix. À la suite de cet avis, des représentants de la population ont soumis leur candidature et un avis de scrutin a été publié le 12 octobre 2011 dans les journaux. Aussi, des mécanismes ont été prévus pour permettre aux candidats de s'adresser à la population. Sept établissements ont tenu un vote alors que les six autres établissements ont élu sans concurrent les candidats qui s'étaient proposés. L'avis d'élection sans concurrent a été publié le 12 octobre 2011 dans les journaux. Le site Web de l'Agence a présenté de nombreuses informations portant sur les élections, et l'Agence a développé des outils de communication et de promotion de l'élection pour un déploiement dans les établissements du réseau.

Par ailleurs, cette élection s'est tenue dans un contexte de changement législatif. En effet, l'Assemblée nationale a sanctionné en juin 2011 le projet de loi 127 visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux, amenant ainsi des changements législatifs qui touchent notamment la composition du conseil d'administration des établissements publics et venant diminuer le nombre de représentants de la population sur les C.A. de quatre à deux membres pour tous les établissements.

3.23 Réorganisation des laboratoires

Comme énoncé dans les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux, le projet de réorganisation des services de laboratoires sur le plan régional est bien amorcé. L'organisation des services de laboratoires de la région de la Capitale-Nationale reposera, à terme, sur deux grands laboratoires serveur desservant chacun un corridor défini. Les centres de santé et de services sociaux de Charlevoix et de Québec-Nord ont effectué, avec le CHA, une réorganisation de leurs activités de laboratoire et une centralisation de certains types d'analyses au CHA. Ce projet autofinancé permet de faire des économies sans diminuer le service à la population. Le CHUQ a terminé la phase 1 de sa réorganisation, qui consistait à centraliser les analyses à délai régulier de L'Hôtel-Dieu de Québec et de l'Hôpital Saint-François d'Assise vers le CHUL. Cette première étape a permis de réaliser des économies importantes. Les travaux de la phase 2 de la centralisation du CHUQ et de ses partenaires par son corridor de services sont en cours.

3.24 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 a mis sur pied, à l'hiver 2007, une équipe de gestion de projet pour l'optimisation du circuit du médicament. 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'équipements prévus au 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 a entériné un plan d'action quinquennal pour ce 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 de la Santé et des Services sociaux un plan de réalisation. La phase I s'est finalisée en avril 2010 et totalisait des coûts de 17 763 947 \$. Les coûts de la phase II sont estimés à 5 375 503 \$. Cette phase, qui devait s'échelonner jusqu'au 31 mars 2012, s'étendra jusqu'en octobre 2012.

3.25 Pénurie de médicaments

Le 16 février 2012, la compagnie pharmaceutique Sandoz Canada Inc. annonçait un ralentissement immédiat de sa production à son usine de Boucherville pour une durée de 12 à 18 mois. Ce ralentissement a provoqué une pénurie majeure de médicaments injectables dans l'ensemble des hôpitaux canadiens. Dès cette annonce, l'Agence a mis en place des moyens pour mesurer quotidiennement l'impact de cette pénurie sur les soins offerts et pour mettre en place des solutions avec les établissements pour pallier celle-ci. La grande collaboration des pharmaciens d'établissement et des assistants techniques, de même que celle des équipes médicales, a été remarquable dans ce dossier. Le Centre d'information sur les médicaments du CHUQ a produit un grand nombre de fiches cliniques présentant des solutions de rechange aux médicaments impossibles à obtenir. Ces fiches ont été produites au bénéfice des cliniciens de tous les établissements de la province.

3.26 Lancement d'une vidéo sur la pratique infirmière en santé mentale

Le 6 mai 2011, l'Agence procédait au lancement officiel de la vidéo *La psychiatrie : une profession, une passion*. Financé à 50 % par l'Agence et à 50 % par les établissements de santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale, ce projet a été réalisé sous l'initiative de la Commission infirmière régionale (CIR) de la Capitale-Nationale afin de valoriser la pratique infirmière en santé mentale. Mettant en vedette l'infirmière au cœur d'équipes interdisciplinaires, la vidéo présente au téléspectateur l'univers de la pédopsychiatrie, de l'urgence psychiatrique et de la gérontopsychiatrie.

3.27 Programme de lutte contre le cancer

Volet oncologie

Comité directeur régional de lutte contre le cancer

Le Comité directeur régional de lutte contre le cancer (CDRLCC) a poursuivi ses activités en 2011-2012. Le président et la répondante régionale du Programme de lutte contre le cancer ont poursuivi les visites des équipes en oncologie afin de rencontrer les principaux intervenants et d'avoir un portrait des services et des effectifs; de comprendre la trajectoire du patient et des proches qui utilisent les différents services; de partager, s'il y a lieu, sur la problématique d'accessibilité et de continuité des services; de comprendre les différentes facettes du fonctionnement de l'équipe suprarégionale de lutte contre le cancer (expertise, enseignement et recherche), d'échanger sur la préparation de la prochaine démarche de désignation; et finalement, de connaître les succès récents, les défis à venir et les attentes envers le comité régional. Ils ont aussi rencontré des personnes atteintes de cancer et leurs proches afin de connaître leurs besoins et

leurs attentes envers le réseau de soins et de services. Au total, plus de 225 personnes ont été consultées.

En mars 2012, le CDRLCC a terminé l'élaboration du *Programme de lutte contre le cancer du réseau intégré de la région de la Capitale-Nationale 2012-2017* et de son plan d'action pour son actualisation.

Comité régional sur la formation, l'accompagnement, le soutien et l'évaluation dans la lutte contre le cancer

Le Comité régional sur la formation, l'accompagnement, le soutien et l'évaluation dans la lutte contre le cancer a commencé ses activités en mars 2012. Ce comité a le mandat de livrer un plan de formation triennal et de prévoir des activités d'acquisition et de maintien des connaissances pour les différents professionnels concernés dans la lutte contre le cancer.

Centre spécialisé en cancer

Étant donné que chaque centre hospitalier universitaire de la région a développé des pointes d'expertise en oncologie, le président-directeur général de l'Agence a recommandé au ministère de la Santé et des Services sociaux en décembre 2011 de désigner un consortium d'établissements spécialisés en cancer.

Le projet de démonstration du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal

La phase 1 du projet de démonstration conjoint CHUQ et CHA sur le dépistage du cancer colorectal est en cours. Une infirmière clinicienne est en poste dans chaque site de démonstration. Les protocoles de soins ainsi que les formulaires d'évaluation et de surveillance sont harmonisés. Le comité directeur prépare la mise en place d'un guichet centralisé « COLOS » CHUQ-CHA pour les demandes de coloscopie destinées à ces établissements.

L'Agence participe au comité provincial de mise en œuvre du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, volet santé publique.

Le Registre québécois du cancer

Le CHUQ, le CHA et l'IUCPQ participent depuis le tout début à la première phase du déploiement du Registre québécois du cancer en transmettant des données de pathologie et de cytologie. Ces établissements disposent aussi d'un registre local de cancer exigé en phase 2.

Système d'information clinique axé sur la trajectoire des clientèles en oncologie

Le CHUQ met en place un système d'information clinique axé sur la trajectoire des clientèles en oncologie sur CristalNet. L'implantation de cette plateforme, qui est en cours au CHA et à l'IUCPQ, permettra le déploiement de ce système dans la région.

Infirmières-pivots en oncologie

Deux infirmières-pivots en oncologie ont été ajoutées au CHA et quatre journées de formation ont été tenues.

Radio-oncologie

Le changement de trois accélérateurs se déroule selon le calendrier prévu. Un premier accélérateur est fonctionnel depuis septembre 2011 et les deux autres sont en changement. Jusqu'à maintenant, 119 patients ont été transférés à Sherbrooke et à Montréal pour de la radiochirurgie et de la radiothérapie stéréotaxique, la majorité pour un traitement unique.

Le CHUQ, le CSSS Alphonse-Desjardins et les agences respectives ont déposé, au ministère de la Santé et des Services sociaux, un projet commun pour le développement de la radiothérapie dans les deux régions. Pour sa part, le CHUQ travaille sur une étude de faisabilité en matière de scénarios immobiliers.

Chimiothérapie à Portneuf

Un projet est en cours d'élaboration par le CSSS de Portneuf afin d'obtenir une clinique de chimiothérapie sur son territoire.

Volet soins palliatifs

Lits de soins palliatifs

Huit lits de soins palliatifs ont été ouverts au CSSS de Québec-Nord et trois lits ont été ajoutés aux sept existants à l'Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's.

Projets en cours de réalisation

Les rapports *Harmonisation des modalités d'accès aux soins palliatifs à domicile* et *État de situation des soins palliatifs en CHSLD* sont en cours de réalisation.

3.28 Services médicaux de première ligne

Le développement et la consolidation des services médicaux de première ligne en 2011-2012 se sont poursuivis. Un nouveau projet GMF sera déposé au Bureau du ministre dans les prochaines semaines. La région de la Capitale-Nationale pourra totaliser 29 GMF, la cible étant de 30. On compte un total de 415 303 personnes inscrites en GMF. Environ 452 médecins sont regroupés en GMF et travaillent en étroite collaboration avec plus de 90 infirmières cliniciennes et quelques infirmières praticiennes. Les collaborations professionnelles enrichissent le travail en interdisciplinarité.

La région de la Capitale-Nationale compte huit CRQ. Dans la dernière année, des travaux ont été amorcés pour mettre sur pied deux nouvelles cliniques-réseau; ce qui permettrait d'atteindre la cible visée de dix CRQ. Un premier projet situé dans le secteur Montcalm, sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale, dépend de la relocalisation du GMF Berger dans un édifice situé à proximité de l'Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's. Des retards sont observés en raison des travaux de construction. L'autre projet est situé dans le secteur de Charlesbourg-Nord, sur le territoire du CSSS de Québec-Nord. Des démarches sont en cours pour former le regroupement médical.

Un modèle de collaboration GMF-CRQ a été élaboré dans le but de permettre à certains GMF et CRQ, situés à proximité, d'offrir à la population de leur territoire une plus grande accessibilité aux services médicaux de première ligne. 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 de soutenir une offre de services médicaux, 365 jours par année, et de répartir l'accessibilité équitablement dans la région de Québec. Ces ententes réseau devraient faciliter le renouvellement des GMF et des CRQ. Elles permettent surtout aux groupes de médecins de maintenir leur offre de service malgré une réduction de leurs effectifs.

Dans l'année 2011-2012, un sous-comité du Département régional de médecine générale (DRMG) procédera au renouvellement des huit CRQ. Son offre de service sera analysée et des ajustements seront faits en fonction des recommandations du DRMG, le cas échéant.

Quatre guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille sont en activité. En 2011-2012, plus de 12 197 patients ont été inscrits aux guichets et 11 309 patients ont été recommandés. Les coordonnateurs médicaux locaux et leur équipe en assurent la gestion quotidienne dans les CSSS de la Capitale-Nationale. Depuis l'inscription de toutes les personnes sans médecin de famille aux guichets, les demandes sont nombreuses et leur traitement est plus complexe. Les CSSS ont fait une demande de rehaussement financière pour améliorer le fonctionnement du guichet et traiter les demandes dans les délais prescrits.

3.29 Dossier de santé du Québec

L'année 2011-2012 s'est soldée avec plusieurs avancées dans le projet pilote Dossier de santé du Québec (DSQ). Tout d'abord dans le domaine du médicament, l'entente avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) a permis le déploiement de 114 pharmacies communautaires de juillet 2011 à janvier 2012. Le déploiement dans les groupes de médecine de famille (GMF) et les urgences des établissements a débuté dès octobre 2011. Au 31 mars, cinq GMF et trois urgences ont accès aux dossiers de médicaments de leurs usagers. Un nouveau mot d'ordre lancé par l'AQPP a de nouveau ralenti ce déploiement.

En parallèle s'est tenu le pilotage clinique de deux autres domaines de données du DSQ, soit le laboratoire et l'imagerie médicale. Ce pilotage clinique s'est réalisé avec la participation de médecins répartis en GMF, en cliniques médicales et en CSSS. Le bilan de ces deux phases de pilotage a été très positif. L'accès à ces informations cliniques supporte le clinicien dans la prise en charge de l'utilisateur. Par contre, autant pour le domaine du laboratoire que celui de l'imagerie médicale, différentes problématiques nous ont empêchées d'ajouter ces domaines de données cliniques au déploiement du médicament.

En février 2012, une orientation reçue du ministère de la Santé et des Services sociaux apportait une solution qui corrige la problématique reliée au domaine du laboratoire DSQ, ce qui a permis d'amorcer les travaux nécessaires avec le CHUQ, le CHA et l'IUCPQ.

Il en sera de même pour la consultation des résultats d'imagerie médicale dès que les correctifs nécessaires seront apportés.

3.30 Stratégie régionale de main-d'œuvre et planification de main-d'œuvre

Les défis liés à la main-d'œuvre seront importants à relever au cours des prochaines années dans le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, des ressources humaines qualifiées et en nombre suffisant constituent la pierre angulaire de l'accès aux services pour le fonctionnement optimal du réseau. En 2011-2012, la Direction régionale de la main-d'œuvre et du partenariat avec l'Éducation a poursuivi et entamé de grands chantiers en lien avec la planification de la main-d'œuvre, l'utilisation optimale des ressources et le partenariat avec l'éducation.

Les directions des ressources humaines de la région ont amorcé des travaux visant à obtenir des gains d'efficacité et d'optimisation pour l'ensemble des fonctions en matière de ressources humaines (ex : recrutement, rémunération/avantages sociaux, services juridiques, formation, gestion de la présence au travail). Ainsi, sept grands projets d'optimisation sont en cours dans la région.

Une stratégie d'accompagnement des hautes directions d'établissements a été mise en place afin de favoriser l'implantation d'une culture d'amélioration continue.

Une banque régionale de coachs a été constituée afin d'accompagner et de développer le potentiel des jeunes cadres et, par le fait même, celui des équipes.

Entre 2010-2011 et 2011-2012, l'embauche étudiante a augmenté de 34 %, permettant à 705 étudiants inscrits dans un programme en santé et services sociaux de vivre une expérience concrète auprès de la clientèle.

Des travaux sont menés avec les directions des ressources humaines, les directions des soins infirmiers, les directions de l'enseignement des établissements de santé et de services sociaux ainsi qu'avec les partenaires du réseau de l'éducation des trois ordres d'enseignement afin d'adresser les enjeux des stages en soins infirmiers et de poursuivre quatre grands objectifs :

- Maintenir ou augmenter les admissions dans les programmes en soins infirmiers pour les trois ordres d'enseignement.
- Favoriser la persévérance et la réussite scolaire.
- Accroître la qualification des étudiants pour la réalité du travail.
- Augmenter le taux d'étudiants obtenant leur diplôme en soins infirmiers.

3.31 Campagne de promotion des carrières en santé et services sociaux

Pour une quatrième année consécutive, l'Agence et les établissements du territoire, en collaboration avec le réseau de l'éducation, réalisent une démarche promotionnelle afin d'intéresser les jeunes aux métiers de la santé et des services sociaux. Celle-ci cible principalement les étudiants de quatrième et de cinquième secondaire et ceux du collégial. C'est sous le thème « Sauve des vies » qu'une campagne publicitaire circule dans la région. Celle-ci fait la promotion et valorise les professions en santé et services

sociaux afin que les jeunes de la région réalisent les nombreuses possibilités et avantages offerts par une carrière au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, l'approche créative de la campagne de promotion qui est renouvelée annuellement a amené, cette année, la refonte du site Internet Sauve des vies. On y a ainsi intégré un trieur d'emploi, outil développé en collaboration avec des conseillers en orientation et visant à soutenir l'étudiant dans sa démarche de choix de carrière future. À cet égard, les résultats sont éloquentes, le site a connu une fréquentation importante. De plus, la région de la Capitale-Nationale a été la seule région au Québec à obtenir une hausse des demandes d'inscription de plus de 15 % dans les programmes en santé et services sociaux de niveau secondaire, collégial et universitaire entre 2008 et 2012, malgré une baisse démographique annuelle des cohortes étudiantes de 2 %.

La démarche de promotion des carrières offre également aux jeunes des occasions de découvrir le réseau autrement et de les guider dans leur choix de carrière. En effet, que ce soit par le programme *Jeunes explorateurs d'un jour* ou par des témoignages de jeunes promoteurs dans les écoles, ces activités permettent de réaliser à quel point l'humain est au cœur des actions du travailleur du réseau et qu'il a la vocation d'aider et de soigner. En 2011-2012, plus de 300 jeunes ont participé au programme *Jeunes explorateurs d'un jour* dans les établissements de santé et de services sociaux et plus d'une trentaine d'activités d'information dans les écoles secondaires de la région ont été réalisées.

3.32 Portail du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale

Depuis quelques années, le réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale a entrepris une démarche de réflexion et d'analyse visant à rapprocher les services de la population, dans une optique d'accessibilité et de continuité. Dans le but d'informer la population du territoire des modalités d'accès aux services de santé et aux services sociaux, le Forum des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de la région de la Capitale-Nationale a donné le mandat à la Table régionale des ressources en communication de voir au développement d'un portail Web.

Une équipe de l'Agence a donc commencé, en 2008, le développement de ce portail Web, en collaboration avec les établissements de la région.

Le Portail du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale (www.santecapitalenationale.gouv.qc.ca) a été officiellement lancé en décembre 2011. Il vise à présenter aux citoyens un accès simplifié à l'information liée aux services offerts à la population et aux renseignements sur le système de santé et de services sociaux, et ce, de façon claire, précise et accessible. En fait, il constitue un site Web où l'orientation citoyenne est omniprésente et se reflète dès la page d'accueil.

Un plan de communication a été élaboré afin de faire connaître le site Web à la population de la région de la Capitale-Nationale, le personnel du réseau et les partenaires. La popularité sans cesse grandissante d'Internet et des technologies de l'information, de même que la panoplie de renseignements sur la santé qu'on y trouve, constituent des enjeux de taille dans la promotion et le développement du portail Web. Dans cette optique, les stratégies doivent mettre de l'avant les particularités de ce portail Web et les éléments qui le démarquent des autres sites Internet existants.

Les mises à jour et le développement du site sont assurés par l'Agence, en collaboration avec les établissements de santé et de services sociaux de la région.

Quelques actions de communication ont été mises en place à l'hiver 2011. D'autres moyens seront mis en œuvre en 2011-2012 afin de faire du portail Web la référence populationnelle en matière d'information sur l'accès aux services de santé et aux services sociaux.

3.33 Technocentre régional

Le Technocentre régional est dans l'atteinte de trois grands objectifs, soit :

- Améliorer le service à la clientèle et la gouvernance des activités opérationnelles (incidents, projets et changements) réalisées par le Technocentre régional (TCR).
- Assurer l'évolution de l'organisation technologique et logistique des infrastructures (salle des serveurs) exploitées et supportées 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 celles de fournisseurs de services technologiques envers ses divers clients.

En 2011-2012, le TCR a investi des efforts importants dans la réalisation de nouveaux dossiers et la finalisation de projets débutés en 2010-2011 :

- Hébergement du Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) pour le CSSS de Charlevoix et l'étude de la possibilité d'hébergement pour d'autres sites.
- Maintien et amélioration des infrastructures du Dossier de santé du Québec hébergées au TCR.
- Finalisation de la mise en place des infrastructures pour la transmission des électrocardiogrammes du chevet du patient vers l'unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (IAMEST).

Au cours de la dernière année, le TCR a actualisé les processus de travail suivants :

- Implantation d'une pratique de gestion de projets.
- Optimisation d'une pratique de gestion des changements technologiques.
- Définition d'un processus formel de gestion des incidents.
- Optimisation d'un processus formel et d'outils de gestion des événements (surveillance et alerte).
- Optimisation d'un processus formel de gestion des ententes de services (hébergement, exploitation et assignation fixe).

Il a aussi mis à niveau les infrastructures technologiques suivantes :

- Optimisation de l'environnement physique de la salle des serveurs.
- Poursuite de la virtualisation des serveurs pour un total de 50 % de fait.
- Augmentation de la capacité de climatisation de la salle des serveurs.

Outre les projets mentionnés ci-dessus, les ressources du TCR ont également répondu à 14 988 requêtes de service.

3.34 Informatisation régionale

Imagerie médicale

Au cours de la dernière année, l'informatisation de l'imagerie médicale, soit le déploiement du système d'information radiologique, de la dictée numérique radiologique, du répertoire d'imagerie diagnostique et de la mammographie numérique dans les établissements de la région de la Capitale-Nationale a été effectuée.

Mesures d'optimisation

Pour l'année qui vient de se terminer, en lien avec les mesures d'optimisation comprises dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 signée avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence et les établissements de la région ont réalisé les études suivantes :

- Regroupement des centres de traitement informatique.
- Gestion du parc des postes de travail.
- Téléphonie cellulaire.
- Courrier électronique.
- Téléphonie IP.

SIU régional – Système d'information sur les usagers

Pour relever le défi informationnel de la prestation de services en réseau, la solution SIU régional est maintenant utilisée par deux réseaux de services. Les 22 partenaires du réseau « santé mentale adulte » ont entériné le protocole d'entente en juin 2011 et le réseau « enfance-jeunesse » composé de 9 partenaires s'est actualisé en décembre 2011. L'accès au SIU s'est concrétisé pour le CRUV, l'Hôpital Jeffery Hale et la pédopsychiatrie du CHUQ. Outre les 14 domaines d'information couverts par le SIU, trois nouvelles fonctionnalités intégrées au SIU méritent d'être soulignées, soient :

- un outil de coordination des lits et des urgences psychiatriques qui permet de consulter en temps réel l'occupation des lits et des urgences psychiatriques ainsi que les lits disponibles pour une admission.
- un outil de coordination des demandes d'évaluation au MEL qui permet d'obtenir la liste des usagers en attente pour une évaluation psychiatrique pour chacun des guichets d'accès.
- l'accès aux résultats de laboratoire du continuum de soins et de services pour tous les établissements de chacun de ces réseaux.

L'adhésion des usagers et des utilisateurs au SIU progresse constamment. On comptabilise 9 400 consentements acceptés par les usagers et plus de 1 215 intervenants différents qui utilisent l'application.

RSIPA

Au cours de l'année financière 2011-2012, le déploiement du système d'information du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) a été consolidé dans tous les CSSS de la région ainsi qu'à l'Hôpital Jeffery Hale. Une augmentation de l'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle informatisé a été constatée tant pour les clients du soutien à domicile que pour les demandes d'hébergement. L'utilisation du RSIPA a été étendue à l'ensemble des travailleurs sociaux réseau (TSR) de la région améliorant, ainsi la prise en charge de l'utilisateur dans le continuum de soins. De plus, le déploiement a été réalisé à l'IUSMQ.

Services de consultation de résultats de laboratoire

Tout au cours de l'année 2011-2012, le déploiement du dépôt régional de résultats cliniques (DRRC) s'est poursuivi afin d'offrir à un plus grand nombre de cliniciens l'accès aux résultats de laboratoire à partir de l'application Cristal-Net. Actuellement, il dessert plus de 700 utilisateurs (médecins, infirmières, résidents, pharmaciens, secrétaires) répartis dans 26 GMF sur 28, en CSSS (UMF, CLSC, CHSLD) et à l'IRD PQ.

En parallèle, le déploiement du service régional d'alimentation de résultats de laboratoire (SRALAB) a subi un essor important. Cette solution permet la transmission des résultats de laboratoire aux sites (GMF et établissements) pour la réception et l'affichage dans l'application locale. Actuellement, il dessert plus de 250 médecins répartis dans 5 GMF sur 28 et en établissements : CHUQ, CHA, IUSMQ, CSSS, CRUV.

3.35 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.

3.36 Hôpitaux de Baie-Saint-Paul et de La Malbaie

À la suite des diverses analyses réalisées au cours des deux dernières années concernant l'état des sols et des bâtiments des deux hôpitaux du CSSS de Charlevoix, le ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait en conférence de presse le 17 janvier 2011 sa décision quant à l'avenir des bâtiments du CSSS de Charlevoix, soit la construction d'un nouvel hôpital à Baie-Saint-Paul et la poursuite des travaux de rehaussement parasismique à l'Hôpital de La Malbaie. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a également demandé au CSSS de Charlevoix et à l'Agence de lui soumettre un projet pour un nouvel hôpital à La Malbaie.

Au cours du printemps 2011, le CSSS de Charlevoix a élaboré un plan clinique d'organisation des soins et des services sur son territoire. Les principes directeurs de ce plan clinique étaient l'efficacité des soins et des services et la complémentarité accrue des services cliniques dans les deux pôles du CSSS de Charlevoix. Ce plan clinique a été recommandé par l'Agence et approuvé par les autorités ministérielles en juin 2011.

Le 17 juin 2011, le sous-ministre, monsieur Jacques Cotton, autorisait le CSSS de Charlevoix à entreprendre la réalisation des programmes fonctionnels et techniques (PFT) et des dossiers d'affaires initiaux (DAI) des hôpitaux de Baie-Saint-Paul et de La Malbaie. L'Agence, au même titre qu'Infrastructure Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux et des firmes de professionnels externes, a soutenu activement le CSSS de Charlevoix lors de l'élaboration des documents.

À titre d'information, le PFT consiste à définir et à formuler clairement l'envergure et la portée des besoins fonctionnels, opérationnels et techniques et à déterminer les coûts du projet à réaliser, alors qu'un DAI consiste à présenter, notamment, une évaluation détaillée des options possibles du projet, y compris le statu quo, à cibler celle favorisée pour répondre au besoin et déterminer le mode de réalisation du projet.

Le dépôt des PFT et des DAI est prévu respectivement pour avril et mai 2012. Par la suite, les documents seront soumis aux différentes instances du gouvernement afin d'obtenir l'autorisation de commencer les prochaines étapes de réalisation des projets.

Notons par ailleurs que la Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières (DRAMUH) a participé activement à l'élaboration du plan clinique dans le cadre des travaux dirigés par le CSSS de Charlevoix dans le contexte de la construction des hôpitaux de Baie-Saint-Paul et de La Malbaie, et ce, en respectant les guides de gestion et les normes ministérielles reconnues en la matière. La DRAMUH a également soutenu les travaux liés à l'élaboration du Plan fonctionnel et technique du nouvel hôpital de Baie-Saint-Paul en s'assurant que les considérations de nature clinique s'appuient sur les guides de gestion et les normes ministérielles en vigueur.

3.37 Regroupement du CHUQ et du CHA

En 2011-2012, l'Agence a accompagné, pour sa réflexion, le CHUQ et le CHA afin de concrétiser le regroupement des établissements. Les conseils d'administration du CHUQ et du CHA ont réfléchi au meilleur moyen visant à répondre aux besoins grandissants et aux défis contemporains en matière de santé. Étant donné la complémentarité des deux centres hospitaliers, de la coopération de plus en plus étroite entre leurs équipes et des défis auxquels ils auront à faire face dans l'avenir, la décision a été prise de fusionner les deux institutions sur une base volontaire.

L'annonce de la fusion est prévue pour l'été 2012.

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

Budget des établissements de la région de la Capitale-Nationale Année financière 2011-2012

Code	Nom	Budget net de fonctionnement 2011-2012 (note 1)	Budget net de fonctionnement 2010-2011 (note 1)	Budget net Écart 2011-2012 et 2010-2011	Surplus (déficit)		Écart 2011-2012 et 2010-2011
					selon AS-471 2011-2012	selon AS-471 2010-2011	
Activités principales et accessoires							
CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS DE COURTE DURÉE							
11042371	CH universitaire de Québec	518 694 380 \$	480 109 247 \$	38 585 133 \$	1 596 752 \$	(4 199 143 \$)	5 795 895 \$
11888062	IUSMQ	113 691 147 \$	110 112 825 \$	3 578 322 \$	5 024 052 \$	4 953 221 \$	70 831 \$
11044914	CH affilié universitaire de Québec	306 185 536 \$	283 429 883 \$	22 755 653 \$	10 091 944 \$	4 544 295 \$	5 547 649 \$
13623616	Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec	191 738 438 \$	179 551 965 \$	12 186 473 \$	530 244 \$	(861 495 \$)	1 391 739 \$
	Sous-total	1 130 309 501 \$	1 053 203 920 \$	77 105 581 \$	17 242 992 \$	4 436 878 \$	12 806 114 \$
CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE							
12409991	Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's	24 790 662 \$	23 725 381 \$	1 065 281 \$	22 208 \$	24 095 \$	(1 887 \$)
	Sous-total	24 790 662 \$	23 725 381 \$	1 065 281 \$	22 208 \$	24 095 \$	(1 887 \$)
CENTRES DE RÉADAPTATION							
11042777	CRUV	8 196 036 \$	7 907 420 \$	288 616 \$	68 494 \$	149 774 \$	(81 280 \$)
11042900	IRD PQ	56 446 351 \$	54 009 512 \$	2 436 839 \$	380 056 \$	1 448 627 \$	(1 068 571 \$)
11043908	CRDI de Québec	58 913 807 \$	57 446 677 \$	1 467 130 \$	249 299 \$	1 325 082 \$	(1 075 783 \$)
	Sous-total	123 556 194 \$	119 363 609 \$	4 192 585 \$	697 849 \$	2 923 483 \$	(2 225 634 \$)
CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX							
11043650	CSSS de Portneuf	42 788 478 \$	39 952 098 \$	2 836 380 \$	110 249 \$	(232 134 \$)	342 383 \$
11044153	CSSS de la Vieille-Capitale	204 862 070 \$	193 547 434 \$	11 314 636 \$	1 954 460 \$	4 313 109 \$	(2 358 649 \$)
11044161	CSSS de Québec-Nord	149 708 050 \$	143 370 254 \$	6 337 796 \$	1 589 925 \$	1 420 218 \$	169 707 \$
11044336	CSSS de Charlevoix	80 063 754 \$	76 114 564 \$	3 949 190 \$	713 936 \$	457 972 \$	255 964 \$
	Sous-total	477 422 352 \$	452 984 350 \$	24 438 002 \$	4 368 570 \$	5 959 165 \$	(1 590 595 \$)
CENTRE DE PROTECTION ENFANCE-JEUNESSE							
CENTRE DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION							
11042868	CJQ	81 421 123 \$	79 553 611 \$	1 867 512 \$	2 679 238 \$	4 280 832 \$	(1 601 594 \$)
	Sous-total	81 421 123 \$	79 553 611 \$	1 867 512 \$	2 679 238 \$	4 280 832 \$	(1 601 594 \$)
CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE PRIVÉS CONVENTIONNÉS							
11042520	CH Notre-Dame du Chemin	3 334 085 \$	3 167 936 \$	166 149 \$			
12399820	La Champenoise (Corporation N.-D. de Bon-Secours)	498 951 \$	485 767 \$	13 184 \$			
13027073	Centre d'hébergement du Boisé	4 970 591 \$	4 803 065 \$	167 526 \$			
25457094	Hôpital Ste-Monique	3 928 015 \$	3 739 026 \$	188 989 \$			
27508456	Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes	20 546 251 \$	18 202 408 \$	2 343 843 \$			
28694321	CH Saint-François	2 186 223 \$	2 090 013 \$	96 210 \$			
51230175	CH Champlain des Montagnes	6 059 416 \$	5 869 085 \$	190 331 \$			
54583091	CHSLD Vigi de Saint-Augustin	5 716 796 \$	5 535 203 \$	181 593 \$			
	Sous-total	47 240 328 \$	43 892 503 \$	3 347 825 \$			

Code	Nom	Budget net de fonctionnement 2011-2012 (note 1)	Budget net de fonctionnement 2010-2011 (note 1)	Budget net Écart 2011-2012 et 2010-2011	Surplus (déficit) selon AS-471 2011-2012	Surplus (déficit) selon AS-471 2010-2011	Écart 2011-2012 et 2010-2011
					Activités principales et accessoires		
SOMMAIRE							
	Centres hospitaliers de soins de courte durée	1 130 309 501 \$	1 053 203 920 \$	77 105 581 \$	17 242 992 \$	4 436 878 \$	12 806 114 \$
	Centres d'hébergement et de soins de longue durée	24 790 662 \$	23 725 381 \$	1 065 281 \$	22 208 \$	24 095 \$	(1 887 \$)
	Centres de réadaptation	123 556 194 \$	119 363 609 \$	4 192 585 \$	697 849 \$	2 923 483 \$	(2 225 634 \$)
	Centres de santé et de services sociaux	477 422 352 \$	452 984 350 \$	24 438 002 \$	4 368 570 \$	5 959 165 \$	(1 590 595 \$)
	Centre de protection enfance-jeunesse	81 421 123 \$	79 553 611 \$	1 867 512 \$	2 679 238 \$	4 280 832 \$	(1 601 594 \$)
	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation						
	Centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés	47 240 328 \$	43 892 503 \$	3 347 825 \$			
	TOTAL	1 884 740 160 \$	1 772 723 374 \$	112 016 786 \$	25 010 857 \$	17 624 453 \$	7 386 404 \$

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 (45,2 M\$). De plus, une somme de 9,5 M\$ a été allouée pour supporter la croissance des coûts des médicaments et des fournitures médicales.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a par ailleurs poursuivi l'application des mesures de réduction et l'Agence s'est vu imposer une diminution de crédits de 11,1 M\$, dont 2,3 M\$ pour la continuité de la réduction des dépenses de nature administrative (impact loi 100) et 8,8 M\$ pour des projets d'optimisation.

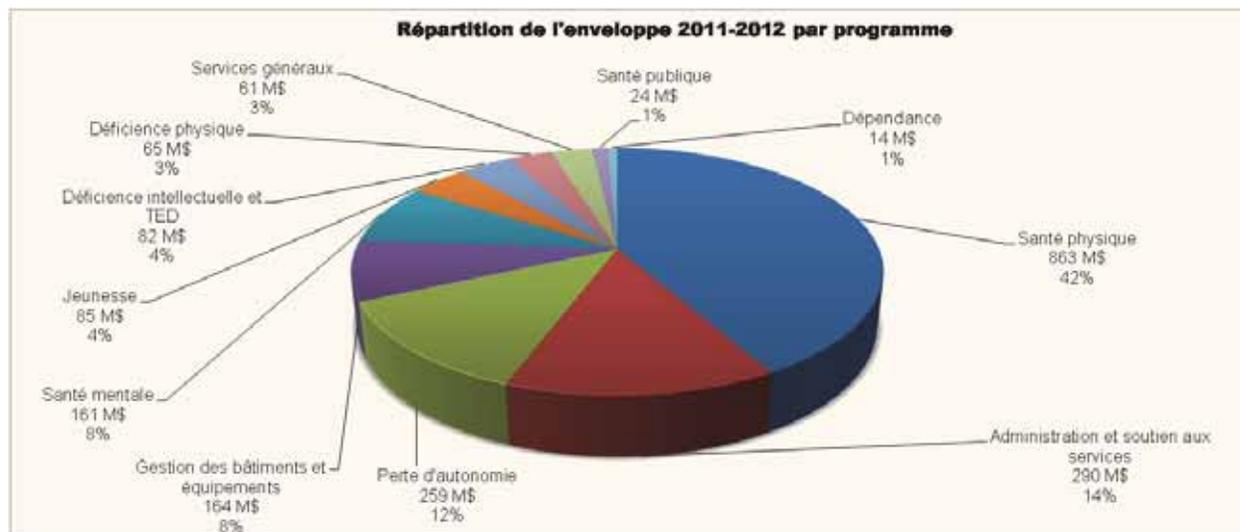
Au cours de l'exercice, le ministère de la Santé et des Services sociaux a accordé des budgets additionnels de 119,4 M\$ qui se répartissent comme suit :

	M\$
Santé physique	77,1
Perte d'autonomie	20,8
Administration et soutien aux services	8,5
Santé mentale	3,8
Déficiences physiques	1,9
Jeunesse	1,8
Déficiences intellectuelles et troubles envahissants du développement	1,6
Dépendance	1,6
Services généraux	1,2
Santé publique	1,1
Total	119,4

Ces ajouts de crédits comprennent, entre autres, 29,3 M\$ pour les mesures des nouvelles conventions collectives, 4,7 M\$ pour financer la journée additionnelle relativement à l'année bissextile, 6,9 M\$ pour le maintien de l'équité salariale pour les salariés du réseau, 14,5 M\$ pour le désengorgement des urgences et 3,1 M\$ pour favoriser la réalisation de projets d'optimisation dans les établissements.

Au chapitre de la santé physique, les sommes obtenues visent le financement des volumes additionnels en chirurgie (25,1 M\$) de même que le rehaussement des bases budgétaires des établissements admissibles (12,3 M\$).

Le graphique suivant présente la répartition, par programme de service, de l'utilisation de l'enveloppe régionale pour l'exercice 2011-2012, qui totalise 2 068 M\$. Ce graphique précise notamment que nous avons investi 863 M\$ en santé physique, soit 42 % de l'enveloppe régionale.



Suivi financier du réseau

Pour l'année 2011-2012, la situation financière des établissements publics de la région de la Capitale-Nationale s'est améliorée par rapport à l'exercice précédent. Ainsi, les résultats financiers de l'ensemble du réseau pour l'exercice se terminant le 31 mars 2012, y compris les activités accessoires, montrent un surplus global de plus de 25 M\$.

L'effort soutenu des établissements et le rehaussement des bases budgétaires (CHUQ, CHA et IUCPQ) ont contribué à présenter ce portrait financier.

Autorisation d'emprunt

Au cours de l'année 2011-2012, l'Agence a émis trois autorisations d'emprunts pour des projets d'immobilisations autofinancés totalisant la somme de 26 089 246 \$, ce qui représente le montant initialement approuvé.

Établissements	Nombre d'emprunts	Emprunt total
CHUQ	1	12 419 572 \$
CHA	2	13 669 674 \$
Total	3	26 089 246 \$

Immobilisations

Chaque année, le ministère de la Santé et des Services sociaux 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 2011-2012, la région a reçu 16 348 395 \$ pour le volet « rénovations fonctionnelles » pour les établissements autres que les CHSLD et 43 283 073 \$ pour le volet « maintien d'actifs ».

Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière 2011-2014
Enveloppes budgétaires 2011-2012 accordées aux établissements

	Rénovations fonctionnelles	Maintien d'actifs
CSSS de Charlevoix	357 189 \$	1 695 905 \$
Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's	133 062 \$	728 618 \$
IUSMQ	1 608 861 \$	6 209 966 \$
CHA	1 983 773 \$	7 399 300 \$
IUCPQ	986 282 \$	3 678 744 \$
CSSS de la Vieille-Capitale	218 889 \$	3 077 049 \$
CSSS de Québec-Nord	222 633 \$	2 096 380 \$
CSSS de Portneuf	130 320 \$	1 045 408 \$
Agence de la Capitale-Nationale	34 601 \$	129 056 \$
Centre d'hébergement du Boisé Itée	0 \$	29 325 \$
CHUQ	3 049 717 \$	11 490 562 \$
IRD PQ	548 732 \$	2 046 722 \$
CRDI de Québec	109 343 \$	407 842 \$
CJQ	290 635 \$	1 084 042 \$
Frais de gestion alloués à l'Agence par le ministère de la Santé et des Services sociaux	225 000 \$	S.O.
Réserve régionale pour projets spéciaux ou urgents	6 449 358 \$	2 164 154 \$
Total :	16 348 395 \$	43 283 073 \$

Ces attributions sont en fonction des sommes allouées par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice 2011-2012 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 (2011-2012) seront ajoutés aux réserves du prochain exercice financier (2012-2013).

Les réserves régionales 2011-2012 des deux enveloppes ont été utilisées pour le financement des projets suivants :

Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières 2011-2014
Réserves régionales 2011-2012 engagées à ce jour par établissement et projet

	Rénovations fonctionnelles	Maintien d'actifs
Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's		
Consolidation de l'offre de service en soins palliatifs et UTRF	250 000 \$	
Réaménagement de l'urgence de l'Hôpital Jeffery Hale (salle prétriage, accueil, attente, isolement)	350 000 \$	
Accessibilité aux personnes à mobilité réduite : Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's		300 000 \$
Réserve pour travaux majeurs en maintien d'actifs au pavillon Jeffery Hale		500 000 \$
IUSMQ		
Relocalisation du service régional de pastorale au U-2300 du pavillon Arthur-Vallée (montant additionnel)	13 748 \$	
Travaux supplémentaires au projet (CPNSSS) au pavillon Arthur-Vallée	43 753 \$	
Réaménagement des unités HJKL-5000 du pavillon central pour 64 lits transitoires en CHSLD (portion rénovations fonctionnelles)	225 000 \$	
Réaménagement des unités HJKL-5000 du pavillon central pour 64 lits transitoires en CHSLD (portion maintien d'actifs)		800 000 \$
Aménagement des locaux A-1308 et A-2134 du pavillon Landry-Poulin pour l'implantation du programme MÉTHADONE du CRUV	70 000 \$	

	Rénovations fonctionnelles	Maintien d'actifs
CHA		
Remboursement pour avance de fonds de 867 000 \$ en 2009-2010 pour les salles de mécanique à l'Hôpital du Saint-Sacrement. Remboursement de 173 400 \$ sur 5 ans (remboursement 2 de 5)	(173 400) \$	
Remplacement salle d'angiographie Philips - Salle 10 (fluoroscopie)	100 000 \$	
Réaménagement du tomodensitomètre	100 000 \$	
Remplacement fluoroscopie Siemens - Salle 6	100 000 \$	
Projet d'aménagement de la clinique DMLA : contribution de l'Agence = 50 % des aménagements requis pour la relocalisation de l'échographie et de la mammographie, soit 950 000 \$	950 000 \$	
Installation d'un appareil IRM 3 Tesla	101 000 \$	
IUCPQ		
Aménagement pour la fibrose kystique adulte au pavillon Rousseau (remboursement pour avance de fonds de 500 000 \$). Remboursement de 250 000 \$ sur deux ans à partir de 2011-2012 (remboursement 1 de 2)	(250 000) \$	
Réaménagement de l'urgence (2,2 M\$ dont 1 M\$ en 2011-2012 et 1,2 M\$ en 2012-2013)	1 000 000 \$	
Remplacement de deux appareils de radiographie numérique	200 000 \$	
CSSS de la Vieille-Capitale		
Réaménagement des services courants du CLSC Sainte-Foy/Sillery	332 000 \$	
CSSS de Portneuf		
Relocalisation de la pharmacie de l'Hôpital régional de Portneuf	360 000 \$	
Réfection de l'entrée en façade et ajout d'un ascenseur à l'Hôpital régional de Portneuf	375 000 \$	
Agence de la Capitale-Nationale		
Construction d'un débarcadère et ajout d'une génératrice pour la salle des serveurs régionale	425 000 \$	
Ajout d'une unité de climatisation de 35 kW à la salle des serveurs (dossier Santé-Québec)	24 000 \$	
CHUQ		
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 3 de 5)	(371 000) \$	
Remplacement du 7 ^e accélérateur linéaire à L'Hôtel-Dieu de Québec	250 000 \$	
Remplacement de la salle d'angiographie à L'Hôtel-Dieu de Québec	200 000 \$	
Aménagement de la salle d'hémodynamie au CHUL	450 000 \$	
Installation de quatre colposcopes au CHUL	150 000 \$	
Installation de deux analyseurs « trisomie 21 » au CHUL	25 000 \$	
Installation de deux colposcopes à l'Hôpital Saint-François d'Assise	100 000 \$	
Installation d'une caméra de médecine nucléaire à l'Hôpital Saint-François d'Assise	150 000 \$	
Travaux de maintien d'actifs à la suite de l'acquisition du Centre d'accueil Nazareth		400 000 \$
Travaux de maintien des actifs — Projet réfection toiture édifice St-Louis-de-Gonzague		150 000 \$
Travaux de réaménagement et ajout de déshumidification au projet UMF Saint-François de l'Hôpital Saint-François d'Assise	292 000 \$	
Ajout de « l'anémie falciforme » au projet de dépistage néonatal sanguin à l'Hôpital Saint-François d'Assise	100 000 \$	
CSSS de Québec-Nord		
Renforcement parasismique du Centre d'hébergement Saint-Augustin		400 000 \$
Total des engagements 2011-2012	5 942 101 \$	2 550 000 \$
Total des réserves 2011-2012	6 449 358 \$	2 164 154 \$
Solde des réserves des années antérieures	3 028 572 \$	678 337 \$
Solde disponible à reporter en 2012-2013	3 535 829 \$	292 491 \$

Voici la liste des projets de construction et de rénovations fonctionnelles de plus de 5 M\$:

Projets de plus de 5 M\$

Projet	Étape Autorisée	Coûts connus au 31 mars 2012
HEJ – Pavillon des sciences neurologiques	Programme fonctionnel et technique (PFT)	77,3 M\$
HEJ – Centre des maladies du sein		18,6 M\$
IUCPQ – Agrandissement pour le service d'électrophysiologie		25,8 M\$
IUCPQ – Relocalisation de l'imagerie médicale et ajout d'un 2 ^e tomodensitomètre		9,0 M\$
CHUL – Clinique de procréation médicalement assistée		28,4 M\$
Construction d'un nouvel hôpital à Baie-Saint-Paul	Dossier d'affaires initial (DAI) et (PFT)	À venir
Construction d'un nouvel hôpital à La Malbaie	Dossier d'affaires initial (DAI) et (PFT)	À venir
Agrandissement de L'Hôtel-Dieu de Québec	Dossier d'affaires final (DAF)	715,6 M\$
Centre de recherche de l'IUCPQ — Lot C de la phase 3	Mise à l'étude	8,6 M\$
Centre de recherche de l'IUCPQ — Phase 4 du projet	Mise à l'étude	20,5 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'Hôtel-Dieu de Québec	Exécution	24,9 M\$
Rénovations fonctionnelles reliées au plan directeur immobilier de l'IUSMQ — Autofinancé	Exécution	40,93 M\$

De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux a accordé des montants dédiés particulièrement au financement (partiel ou global) de certains projets à priorité ministérielle aux établissements suivants :

CHUQ

- 8 035 503 \$ autorisés le 11 mai 2011 pour la réalisation d'un projet d'économie d'énergie au CHUL du CHUQ (géothermie, système à énergie solaire, luminaires plus performants);
- 2 500 000 \$ autorisés le 28 juin 2011 pour le réaménagement fonctionnel de l'unité de médecine familiale du CSSS de la Vieille-Capitale à l'Hôpital Saint-François d'Assise.

IUCPQ

- 1 887 000 \$ autorisés le 13 février 2012 pour le projet de réaménagement de l'urgence de l'IUCPQ.

IUSMQ

- 4 999 000 \$ autorisés le 21 novembre 2011 pour le projet d'aménagement de 64 lits en unités transitoires d'hébergement et de soins de longue durée des ailes HJKL-5000 de l'IUSMQ.

Volet « équipement »

Attribution du solde du fonds régional en équipement 2011-2012

Région 03 – Plan de conservation en équipement et mobilier – Volet équipement médical – Quote-part aux établissements	27 998 255 \$
Région 03 – Plan de conservation en équipement et mobilier – Volet équipement non médical et mobilier – Quote-part aux établissements	6 547 896 \$
Région -03 – Plan de maintien des actifs informationnels	3 626 867 \$
CHUQ – Remplacement du 7 ^e accélérateur linéaire – L’HDQ – (Ag) (part régionale)	1 250 000 \$
CHA – Appareil d’angiographie biplan en neurologie - (Ag) (part régionale)	562 500 \$
Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid’s – Appareil d’échographie en radiologie – (Ag) (part régionale)	100 000 \$
Région 03 – Réserve pour projet SARDM – Phase 2b	558 580 \$
Région 03 – Réserve pour pompes pour traitement à pression négative (3X)	65 000 \$
Région 03 – Réserve pour frais de gestion	400 000 \$
Région 03 – Réserve pour véhicules adaptés	300 000 \$
Région 03 – Transfert EM vers ENMM (CRUV, CJK, CRDIQ)	103 005 \$
Réserve régionale – Volet équipement médical – Solde	357 832 \$
Réserve régionale – Volet équipement non médical et mobilier – Solde	41 031 \$
Sous-total	41 910 966 \$

Enveloppe consolidation de services 2010-2011 (réserve attribuée en 2011-2012)

CHUQ – Site de démonstration – Projet de dépistage colorectal – Phase 2 – 2 colonoscopes	22 950 \$
CSSS de Québec-Nord – 2 respirateurs volumétriques	19 304 \$
CSSS de Québec-Nord – 2 pompes à perfusion	6 848 \$
CSSS de Québec-Nord – 4 respirateurs volumétriques pour clientèle hébergée	20 580 \$
Sous-total	69 682 \$

Autorisations particulières 2011-2012

IUSMQ – Équipement médical spécialisé compris au projet d’aménagement de 64 lits en unités transitoires d’hébergement et de soins de longue durée au bénéfice du CSSS de Québec-Nord à l’IUCPQ – (PM)	549 000 \$
CHA – Appareil d’angiographie biplan en neurologie – (PM)	1 125 000 \$
CHUQ – Acquisition de 2 moniteurs multiparamétriques, de 2 saturomètres, de 2 mélangeurs Air/O ₂ et d’une pousse-seringue par rapport à la mise en œuvre politique périnatalité et travaux sur organisation des services de néonatalogie – HSFA / CHUQ – (PM)	54 000 \$
CHUQ – Acquisition d’équipement nécessaire à la Clinique du mélanome et des cancers cutanés à L’HDQ du CHUQ – (PM)	196 300 \$
Sous-total	1 924 300 \$

Autorisations particulières 2011-2012 (projet de construction centralisé de plus de 5 M\$)

Aucun	0 \$
-------	------

Aides techniques aux personnes handicapées – Subvention récurrente 2011-2012

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 (PNOD)	142 524 \$
IRDPO – Terminer le financement 2011-2012 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 2010-2011)	1 978 848 \$
Sous-total	2 121 372 \$

« Équipement – Soutien à domicile » – Subvention non récurrente 2011-2012

Ensemble des CSSS – Équipement des aides techniques au service du soutien à domicile (SAD)	123 004 \$
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 2011-2012 – (PM)	369 011 \$
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 2011-2012	212 319 \$
Sous-total	704 334 \$

Dépenses de nature capitalisable 2011-2012

Sous-total	4 108 465 \$
Grand total	50 839 119 \$

Subvention de la Fondation canadienne pour l'innovation 2011-2012

Financement de 9 projets divers	1 653 800 \$
Total	1 653 800 \$

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 2011-2012 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	205
Organismes en maintien à domicile	29
Total	234

Subventions aux organismes communautaires

SOMMAIRE

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Financement de base

Aide et entraide	9 050 303 \$
Sensibilisation, promotion et défense des droits	1 698 714 \$
Hébergement communautaire	6 236 247 \$
Milieus de vie	14 001 433 \$
Financement par objectifs	6 446 470 \$
Sous-total	37 433 167 \$

PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Violence, abus et négligence envers les enfants et troubles de comportement des jeunes	14 597 \$
Violence faite aux femmes en milieu familial	35 109 \$
Toxicomanie	32 583 \$
Santé mentale	61 710 \$
Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées	113 153 \$
Lutte à la pauvreté	128 991 \$
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	622 575 \$
Sous-total	1 008 718 \$

AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

Programme santé mentale	1 538 722 \$
Autres programmes	453 794 \$
Programme d'aide aux joueurs pathologiques	118 764 \$
Sous-total	2 111 280 \$
Total	40 553 165 \$

4.2 Rapports de la direction

4.2.1 Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents de l'Agence

Exercice terminé le 31 mars 2012

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

À ma connaissance, l'information présentée dans ce rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence ainsi que les contrôles afférents, sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.



Claude Lévesque
Président-directeur général

4.2.2 Rapport de la direction

Exercice terminé le 31 mars 2012

Le rapport financier annuel du 31 mars 2012, lequel comprend les états financiers, a été effectué par la direction de l'Agence qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que 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*.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que toutes les pages du formulaire AS-475 (copie papier) et le fichier de format prescrit du rapport financier annuel du 31 mars 2012 transmis au ministère de la Santé et des Services sociaux soient identiques. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'Agence.

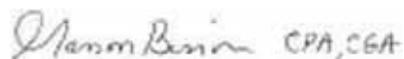
La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'Agence conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

Les états financiers, compris sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



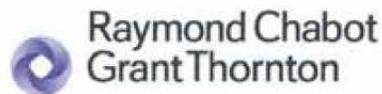
Claude Lévesque
Président-directeur général



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

Raymond Chabot Grant Thornton
S.L.R.C.R.L.
Bureau 200
143, Grande Allée Est
Québec (Québec) G1R 5P7
Téléphone : 418 647-3151
Télexcopieur : 418 647-5929
www.rcgt.com

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

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées, du fonds d'immobilisations et des fonds affectés cumulés au 31 mars 2012, 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 2011-2012 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 2012. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2012 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers audités 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 1 à la circulaire 2012-012 (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 2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2012-012 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2012.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2012. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et se prévalant de l'assurance salaire 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 2012 et 2011, car l'information n'est pas disponible au sein de l'Agence.

Notre opinion avec réserves est aussi fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées 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 2012 ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

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

Québec

Le 13 août 2012

¹ CPA auditrice, CA permis de comptabilité publique n° A119912

4.3.2 Fonds d'exploitation

Résultats - Exercice terminé le 31 mars 2012

	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
REVENUS				
Subventions ministère de la Santé et des Services sociaux :				
Budget signifié	14 884 168	15 185 793	174 703	269 475
(Diminution) ou augmentation du financement	670 982	809 906	54 215	
Variation des revenus reportés - ministère de la Santé et des Services sociaux	(565)			
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances		(151 734)		
	15 554 585	15 843 965	228 918	269 475
Revenus de placements	24 141	7 435	49 091	33 948
Revenus d'autres sources :				
Ventes de service et recouvrements	2 031 276	2 276 025		
Subventions gouvernement du Canada	7 000	350		
Autres revenus	432 508	847 277	132 246	61 262
	18 049 510	18 975 052	410 255	364 685
CHARGES D'EXPLOITATION				
Salaires	9 766 883	9 903 436	46 667	48 918
Avantages sociaux	2 429 002	2 740 356	8 104	9 318
Charges sociales	1 243 828	1 243 482	5 529	5 770
Frais de déplacement et de représentation et dépenses	115 275	129 532	837	383
Services achetés	715 438	1 136 281		13 557
Publicité et communication	188 449	262 611	113 035	35 245
Loyers	969 518	992 047		
Location d'équipement	71 726	77 562		
Fournitures de bureau	182 692	245 675		
Dépenses de transfert	89 897	44 000	163 294	
Autres charges	1 565 105	1 759 082	25 770	233 282
	17 337 813	18 534 064	363 236	346 473
EXCÉDENT	711 697	440 988	47 019	18 212
Renseignement à titre informatif seulement				
Contributions de l'avoir propre et interfonds :				
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	193 000	193 000		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(178 671)	(276 155)		
Affectées à d'autres fonds (-)	(152 126)	(18 234)		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	573 900	339 599	47 019	18 212

4.3.3. Fonds des activités régionalisées

Résultats - Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant	Exercice précédent
REVENUS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	8 549 236	7 051 631
Variation des revenus reportés - ministère de la Santé et des Services sociaux	(473 809)	1 239 516
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances		158 690
Contributions des établissements	410 554	138 662
Revenus de placements	56 380	67 405
Revenus d'autres sources :		
Ventes de service et recouvrements	118 661	555 260
Subventions gouvernement du Canada	21 258	
Autres revenus	(391 903)	824 042
	8 290 377	10 035 206
CHARGES		
Salaires	3 373 958	3 103 182
Avantages sociaux	847 392	828 392
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	177 691	153 292
Charges sociales - Autres	282 305	282 401
Frais de déplacement et de représentation	45 557	54 062
Services achetés	2 084 833	1 830 831
Publicité et communication	207 372	262 310
Loyers	32 472	25 105
Dépenses de transfert	201 188	
Fournitures de bureau	102 430	47 376
Autres charges	2 022 590	3 521 176
	9 377 788	10 108 127
	(1 087 411)	(72 921)
DÉFICIT		
Renseignement à titre informatif seulement		
Contributions de l'avoir propre et interfonds :		
En provenance du fonds d'exploitation (+)		18 234
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	530 404	
En provenance de fonds affectés (+)	705 550	175 106
Affectées au fonds d'exploitation (-)	(193 000)	193 000
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	(343 164)	
Affectées à des fonds affectés (-)	(4 846 021)	
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(289 125)	(274 852)
Excédent (Déficit) après contributions de l'avoir propre et interfonds	(5 522 767)	38 567

4.3.4 Fonds d'immobilisations

Résultats - Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
REVENUS		
Ministère de la Santé et des Services sociaux :		
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	27 524 962	11 570 630
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	11 029 144	10 977 832
Autres revenus	2 002 282	272 565
	40 556 388	22 821 027
CHARGES		
Frais financiers :		
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	11 344 717	11 647 595
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	38 644	33 179
Dépenses d'immobilisations non capitalisables	1 294 999	293 448
Amortissement des immobilisations	17 394 952	19 271 536
Perte sur disposition d'immobilisations	9 289 335	
	39 362 647	31 245 758
EXCÉDENT (DÉFICIT)	1 193 741	(8 424 731)
Renseignement à titre informatif seulement : Contributions		
Contributions en provenance du :		
Fonds d'exploitation - Activités principales (+)	178 671	276 155
Fonds des activités régionalisées (+)	289 125	274 852
De fonds affectés (+)	28 249	51 111
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	1 689 786	(7 822 613)

4.3.5 Fonds d'exploitation

Solde de fonds - Exercice terminé le 31 mars 2012

	Activités principales \$	Avoir propre \$	Total \$
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	1 032 057	2 719 213	3 751 270
Additions (Dédutions)			
ACTIVITÉS PRINCIPALES :			
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	711 697		711 697
Transfert interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)		193 000	193 000
Transfert interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'immobilisations (-)		(178 671)	(178 671)
Contributions à d'autres fonds (-)		(152 126)	(152 126)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :			
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)		47 019	47 019
AUTRES ÉLÉMENTS :			
Libération de surplus	(633 988)	633 988	
Variation de l'exercice	77 709	543 210	620 919
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	1 109 766	3 262 423	4 372 189

4.3.6 Fonds d'immobilisations – Fonds des activités régionalisées

Solde de fonds - Exercice terminé le 31 mars 2012

	Fonds d'immobilisations \$	Fonds des activités régionalisées \$
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT		8 117 882
Additions (Dédutions)		
Excédent (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	1 193 741	(1 087 411)
Transfert interfonds (provenance) :		
Contributions du fonds d'exploitation (+)	178 671	
Contributions des activités régionalisées (+)	289 125	530 404
Contributions de fonds affectés (+)	28 249	705 550
Transfert interfonds (affectations) :		
Contributions du fonds d'exploitation (-)		(193 000)
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)		(343 164)
Contributions à des fonds affectés (-)		(4 846 021)
Contributions au fonds d'immobilisations (-)		(289 125)
Autres additions		(2 336 143)
Variation de l'exercice	1 689 786	(7 858 910)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	1 689 786	258 972

4.3.7 Fonds d'exploitation – Fonds des activités régionalisées

Bilan - Exercice terminé le 31 mars 2012

	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
ACTIF				
À court terme				
Encaisse	5 575 876	4 634 585	3 469 852	8 015 081
Débiteurs :				
Ministère de la Santé et des Services sociaux	194 796	33 933	528 979	42 165
Établissements publics	110 056	76 820	234 584	23 212
Gouvernement du Canada			21 258	
Autres débiteurs	580 102	960 158	137 739	1 100 878
Charges payées d'avance	26 749			
Autres éléments			450	
	6 487 579	5 705 496	4 392 862	9 181 336
À long terme				
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	1 345 365	1 345 365	317 563	443 548
TOTAL DE L'ACTIF	7 832 944	7 050 861	4 710 425	9 624 884
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque			175 205	274 212
Créditeurs :				
Ministère de la Santé et des Services sociaux	194 796			
Établissements publics	58 397	126 889	235 701	208 365
Salaires courus à payer	811 868	280 014	7 244	
Autres créditeurs	375 834	849 477	753 037	665 421
Autres revenus reportés	576 123	564 025	2 864 004	
Provision pour vacances et congés de maladie	1 443 737	1 453 762	416 262	353 376
Autres éléments		25 424		5 628
	3 460 755	3 299 591	4 451 453	1 507 002
SOLDE DE FONDS	4 372 189	3 751 270	258 972	8 117 882
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	7 832 944	7 050 861	4 710 425	9 624 884

4.3.8 Fonds d'immobilisations

Bilan - Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
ACTIF		
À court terme		
Avances de fonds aux établissements publics	53 523 008	73 325 792
Débiteurs :		
Autres débiteurs	98 502	869 160
À long terme		
Immobilisations	137 809 201	133 501 187
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	230 226 405	241 653 658
Frais reportés liés aux dettes	211 744	176 557
Autres éléments d'actifs		10 421 515
TOTAL DE L'ACTIF	421 868 860	459 947 869
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	482 555	476 381
Emprunts temporaires	210 748 951	211 438 972
Intérêts courus à payer	2 104 366	2 248 754
Provision pour vacances et congés de maladie	3 077	3 077
Autres éléments	661 049	2 365 475
À long terme		
Dettes à long terme	206 179 076	243 415 210
TOTAL DU PASSIF	420 179 074	459 947 869
SOLDE DE FONDS	1 689 786	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	421 868 860	459 947 869

4.3.9 Fonds affectés cumulés

Bilan - Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	6 711 945	6 122 651
Débiteurs :		
Ministère de la Santé et des Services sociaux	575 706	1 272 463
Établissements publics	3 340	
Autres débiteurs	1 162 790	314 624
Autres éléments		10 596 430
Total - actif à court terme	8 453 781	18 306 168
À long terme		
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	9 976	9 976
TOTAL DE L'ACTIF	8 463 757	18 316 144
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	8 126	
Autres créditeurs et autres charges à payer :		
Établissements publics	11 761	14 878
Organismes		108 750
Salaires courus à payer	1 012	
Autres créditeurs	2 932 266	1 341 494
Revenus reportés - ministère de la Santé et des Services sociaux	2 578 571	
Autres revenus reportés	1 975 589	
Provision pour vacances et congés de maladie	10 192	11 658
Autres éléments		10 269 132
TOTAL DU PASSIF	7 517 517	11 745 912
SOLDE DE FONDS	946 240	6 570 232
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	8 463 757	18 316 144

4.3.10 Fonds affectés cumulés

Résultats - Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
REVENUS		
Ministère de la Santé et des Services sociaux	37 171 261	40 116 404
Crédits régionaux		60 000
Variation des revenus reportés - ministère de la Santé et des Services sociaux		499 840
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances		9 975
FINESSS	9 349 065	
Revenus de placements	135 229	90 332
Revenus d'autres sources :		
Subventions gouvernement du Canada	45 442	44 443
Autres revenus	10 521 170	21 350 834
	57 222 167	62 171 828
CHARGES		
Dépenses de transfert	48 746 854	4 366 868
Charges d'exploitation :		
Salaires	195 300	146 159
Avantages sociaux	20 765	36 574
Charges sociales - Fonds de services de santé (FSS)	4 425	7 794
Charges sociales - Autres	6 790	11 983
Frais de déplacement et de représentation	718	62 914
Services achetés	1 327 375	1 245 222
Fournitures de bureau		
Autres charges	12 265 352	54 864 725
	62 567 579	60 742 239
EXCÉDENT (DÉFICIT)	(5 345 412)	1 429 589

4.3.11 Fonds affectés cumulés

Solde des fonds - Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	6 570 232	5 366 830
Additions (Dédutions)		
Excédent (Déficit) de l'exercice	(5 345 412)	1 429 589
Transfert interfonds (affectations) :		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	(705 554)	(175 106)
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	(28 249)	(51 111)
Transferts interfonds	4 810 907	
Autres additions	(4 355 684)	
Variation de l'exercice	(5 623 992)	1 203 372
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	946 240	6 570 202

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

Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2011-2012 inscrit dans le système SBF-R	2 050 065 369	1 938 153 452
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	1 924 796 559	1 820 101 237
Allocations aux organismes communautaires	40 514 108	39 474 557
Allocations à d'autres organismes	24 014 097	20 730 818
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R	1 989 324 764	1 880 306 612
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence	41 465 413	44 442 686
Autres	37 200	33 900
	<u>2 030 827 377</u>	<u>1 924 783 198</u>
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	19 237 992	13 370 254

Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics :		
Comptes à payer signifiés	15 294 436	12 408 433
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics :		
Comptes à payer signifiés	1 939 593	481 393
Comptes à payer non signifiés	1 355 746	99 784
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	18 589 775	12 989 610
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	648 217	380 644
	<u>648 217</u>	<u>380 644</u>
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS

4.4 Notes aux états financiers – Exercice terminé le 31 mars 2012

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 711 697 \$; 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 47 019 \$ et est imputé à l'AVOIR PROPRES.

Note 2 - Statut et nature des opérations

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

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

Note 3 - Modification de conventions comptables

Modèle de présentation

Le rapport financier annuel est préparé conformément aux Normes canadiennes pour le secteur public, par conséquent, l'Agence présente, par voie de notes, les informations financières requises relativement à la variation des actifs financiers nets (dette nette) à son rapport financier annuel.

La présentation de ces nouvelles informations n'implique aucune modification dans la comptabilisation des opérations et des événements, uniquement dans la présentation au rapport financier annuel, notamment les immobilisations, les stocks de fournitures et les frais payés d'avance qui sont désormais regroupés sous l'appellation « actifs non financiers ».

À l'exception des éléments suivants :

- 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 selon les conditions 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 Société immobilière 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 n° 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 ministère de la Santé et des Services sociaux, 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

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, sans les chapitres SP4200 à SP4270, émises par l'Institut canadien des comptables agréés.

Périmètre comptable

L'Agence rend compte dans son rapport financier annuel de toutes les activités et ressources financières qu'elle contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

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 des passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Exercice financier

Conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'exercice financier de l'Agence s'étend du 1^{er} avril au 31 mars. Cependant, l'exercice financier du Fonds de santé au travail qui regroupe les activités que doit assurer l'Agence aux fins de l'application des programmes de santé au travail, visés par le chapitre VIII de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, ne couvre pas la même période. L'exercice financier s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011.

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 apparaissant aux états financiers de l'Agence présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. Ces opérations comprennent 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 des immobilisations. 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 confiées par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Le fonds affecté : fonds constitué de subventions provenant exclusivement du ministère de la Santé et des Services sociaux. 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.

- Le fonds de santé au travail : fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Transferts interfonds

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

Classification des activités

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

Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation de service 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 ministère de la Santé et des Services sociaux.

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 service 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 particulières, la plupart des charges engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont réparties par objet dans des centres d'activité. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires par rapport aux services rendus par l'Agence. Certains centres d'activité sont subdivisés en sous-centres.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis, selon une méthode logique et systématique, sur une période correspondant à leur durée de vie utile. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne font pas l'objet d'amortissement avant leur mise en service.

Catégorie	Durée
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 et de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. 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 qu'aux 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 ministère de la Santé et des Services sociaux. 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 particulière :

- Les sommes dont le budget de fonctionnement et les rectificatifs postbudgétaires en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement, agences, ministère de la Santé et des Services sociaux, 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 précis 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 renvoient. 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. Cet ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

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

Note 6 - Flux de trésorerie

Pour l'exercice 2011-2012, 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 lequel n'est pas reproduit dans les présents états financiers résumés.

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 2012 est de 73 562 127 \$, dont 17 709 131 \$ sur la marge de 50 000 000 \$ et 55 852 996 \$ sur la marge au montant de 75 000 000 \$.

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 est payable à Financement-Québec.

Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, venant à échéance le 31 mars 2023. L'intérêt, variant entre 2,406 % et 6,310 % est payable semestriellement

2012

206 179 076 \$

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

Années	Montants
2013	56 158 718 \$
2014	57 735 222 \$
2015	44 291 102 \$
2016	15 823 675 \$
2017	20 330 896 \$

Note 9 - Engagements

L'Agence s'est engagée, avec la Société immobilière du Québec, en vertu d'un bail à long terme, venant à échéance 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 Société immobilière du Québec, une location d'immeuble. Le bail est en vigueur depuis 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'IUSMQ. Ce bail couvre la période du 1^{er} septembre 2005 au 31 mars 2012. 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.

De plus, en vertu d'une entente signée le 20 août 2008 avec le Centre d'hébergement St-Jean-Eudes ainsi que de conditions de financement de la Banque Nationale du Canada du 15 janvier 2010, d'une durée de 25 ans.

Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2013	2 665 553 \$
2014	2 254 889 \$
2015	2 254 889 \$
2016	2 254 889 \$
2017	2 254 889 \$
2018 et subséquentes	24 873 402 \$
	36 558 511 \$

L'Agence a signé un contrat pour des services d'entretien ménager, du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013, pour un total de 112 138 \$.

L'Agence a signé un contrat pour la consolidation de l'application Actifs+ Réseau, du 1^{er} novembre 2008 au 31 décembre 2012, le solde de l'engagement est de 249 615 \$.

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

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, 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.

ANNEXES

ANNEXE 1 — LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Présidente : M^{me} Thérèse Pelletier

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
1 ^o quatre personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :		
Boissonneault, Nathalie	Conseillère-cadre en prévention des infections, CHUQ	23-03-2014
Perreault, Isabelle	Conseillère clinicienne en soins infirmiers, IUCPQ	23-03-2014
dont une personne oeuvrant pour un établissement visé à l'article 1191 ou au 1er alinéa de l'article 1262 de la LSSSS8 :		
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 1203, 1214, 1245 ou 1253,6 ou au 2e alinéa7 de l'article 126 de la LSSSS :		
Marcoux, Odette	Infirmière clinicienne, assistante infirmière-chef, Hôpital de l'Enfant-Jésus	23-03-2014
2 ^o 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, CHUQ	23-03-2014
Benoît, Diane	Directrice des soins infirmiers, IUCPQ	23-03-2014
3 ^o 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 ^o 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 ^o 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
Gagné, Natacha	Infirmière auxiliaire, CSSS de Charlevoix – Hôpital de Baie-Saint-Paul	23-03-2014
6 ^o une infirmière ou un infirmier désigné(e) par les membres visés aux paragraphes 1 ^o à 5 ^o , reconnu(e) pour son expertise de pointe dans la pratique clinique des soins infirmiers :		

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
Dubois, Marie-Claude	Infirmière clinicienne en clinique-réseau, CSSS de Québec-Nord	23-03-2014
7 ^o le président-directeur général de l'Agence ou l'infirmière ou infirmier qu'il désigne à cette fin :		
Simard, Marie	Adjointe à la directrice régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières (infirmière désignée à cette fin par le président-directeur général), Agence	23-03-2014
8 ^o quatre personnes-ressources à titre d'observateurs :		
Gallant, Claudia	Présidente, Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec	23-03-2014
Gaudreau, Martine	Directrice adjointe des soins infirmiers, IUSMQ	23-03-2014
Therrien, Gina	Infirmière assistante du supérieur immédiat – IRDPQ	23-03-2014
Yelle, Isabelle	Présidente du Regroupement des infirmières et infirmiers en pratique avancée des régions de Québec et de Chaudière-Appalaches	23-03-2014

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 : Mme Jasmine Martineau

Vice-président : M. Mario Bélanger

Secrétaire : Mme Lyne Foisy

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
1 ^o 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 :		
Turcotte, Serge	Chef du service social, CHUQ	13-06-2015
Bélanger, Mario	Animateur de pastorale, CHA	13-06-2015
Guimont, Johanne	Agente de relation humaine et éducatrice, CJQ	13-06-2015
2 ^o 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 :		
Martineau, Jasmine	Physiothérapeute et directrice des services multidisciplinaires, CHUQ	13-06-2015
Paradis-Gagnon, Cassiopée	Coordonnatrice technique en thérapie respiratoire, IUCPQ	13-06-2015
Moreau, Bianca	Physiothérapeute, CHA	13-06-2015
3 ^o Trois personnes des domaines techniques désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Foisy, Lyne	Éducatrice, CJQ	13-06-2015
Lafontaine, Annie	Technologiste médicale, IUCPQ	13-06-2015
Chamberland, Chantal	Éducatrice spécialisée, CSSS de la Vieille-Capitale	13-06-2015
4 ^o Une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :		
Provencher, Monique	Directrice adjointe aux études – CÉGEP de Sainte-Foy	13-06-2015
5 ^o Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé :		
Perreault, Nathalie	Ergothérapeute et chargée d'enseignement en médecine, Université Laval	13-06-2015
6 ^o Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux :		
Turcotte, Pierre	Directeur et professeur agrégé à l'École de service social, Université Laval	13-06-2015
7 ^o Personne désignée par le président-directeur général de l'Agence		

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
Vézina, Jean-François	Agent de planification, de programmation et de recherche, Agence	
8 ⁰ Quatre personnes-ressources à titre d'observateurs		
Vacant		

ANNEXE 3 — LISTE DES MEMBRES DE LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Président : D^r Jacques Villeneuve

Nom	Département ou poste et provenance
1 ^o	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, CHUL du CHUQ
Dr Villeneuve, Jacques	Président - Anesthésiologie, IUCPQ
2 ^o	Cinq à sept membres nommés par les membres élus parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département de médecine spécialisée :
D ^r Brassard, Normand	Obstétrique-gynécologie, CHUL du CHUQ
D ^r Rodrigue, Jean	Imagerie médicale, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
D ^r Normand, Michel	Médecine interne, CHUL du CHUQ
D ^r Delarochelière, Robert	Cardiologie, IUCPQ
D ^r Lavallée, Pierre	Orthopédie, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
D ^r St-Pierre, Sylvain	Oto-rhino-laryngologie, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
D ^{re} Trottier, Sylvie	Médecine de laboratoire, IUCPQ
3 ^o	Un membre nommé par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval :
D ^r Leblanc, Pierre	Vice-doyen aux affaires cliniques
4 ^o	Un résident en médecine à titre d'observateur nommé sur recommandation des membres élus :
Dr Del Pino, Ricardo Ruz	Résident en chirurgie générale, Faculté de médecine de l'Université Laval
5 ^o	Le président-directeur général de l'Agence, ou le médecin spécialiste qu'il désigne à cette fin :
Lévesque, Claude	Président-directeur général de l'Agence

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 CHUQ	CHUQ – Hôtel-Dieu de Québec
Une personne issue du CJQ		
Michèle Larochelle	Directrice des services aux jeunes et leurs familles CJQ – Institut universitaire	CJQ – 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
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	Agence

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 ^o Deux (2) représentants du collège « pharmaciens propriétaires »		
Hélène Fortin	Laurier Lavoie, Marcel Tremblay, Hélène Fortin, pharmaciens	2012-10-28
Louise Petit	J.Matte et L.Petit, pharmaciens, membre coopté le 16 février 2011	2014-12-06
2 ^o Deux (2) représentants du collège « pharmaciens salariés communautaires »		
Denis Villeneuve	Dubé, Perreault et Villeneuve, pharmaciens, membre jusqu'au 22 septembre 2011	2012-11-21
Caroline Pichette	Nathalie Hamelin, pharmacienne, membre coopté le 15 février 2012	2012-11-21
Odette Grégoire	Christian Ouellet, pharmacien	2014-12-06
3 ^o 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	IUSMQ	2012-10-28
4 ^o Deux (2) représentants du collège « pharmaciens salariés – établissement »		
Dominique Chrétien	CHUQ, membre coopté le 28 avril 2010	2012-10-28
Marie-David Simoneau	CHA	2014-12-06
5 ^o Un (1) représentant désigné par le conseil de la faculté de pharmacie de l'Université Laval		
Marc Parent	Pharmacien, CHUQ	2014-12-06
6 ^o Président-directeur général de l'Agence		
Michel Fontaine	Membre d'office jusqu'au 1 ^{er} mai 2011	---
Claude Lévesque	Membre d'office à compter du 2 mai 2011	---

ANNEXE 6 — LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA CAPITALE-NATIONALE (DRMG)

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	CSSS 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
Brunet, François	CSSS 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	CSSS de Québec-Nord	Orléans	CHSLD	2013-04-13
Renaud, Pascal	CHA	Québec-Centre	CHA	2013-01-01
Richard, Annie	Clinique-réseau Le Mesnil	Québec-Centre	Cabinet privé de professionnels	2013-04-13
3° Le président-directeur général de l'Agence ou le médecin qu'il désigne à cette fin :				
Lévesque, Claude	Agence			
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 CRQ 2011-2012

- Clinique-réseau Giffard
- Clinique-réseau Pierre-Bertrand
- Clinique-réseau Sainte-Foy-Laurentien
- Clinique-réseau Basse-Ville-Limoilou
- Clinique-réseau Le Mesnil
- Clinique-réseau des Promenades
- Clinique-réseau Val-Bélair-Valcartier-Sainte-Catherine
- Clinique-réseau La Cité Médicale

Total : 8 CRQ

ANNEXE 8 — LISTE DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE 2011-2012

- | | |
|---------------------------------------|--|
| - 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'Hêtrière | - GMF Sillery |
| - GMF Loretteville | - GMF CLSC La Source |
| - GMF UMF Maizerets | - GMF Val-Bélair-Valcartier-Sainte-Catherine |
| - GMF Le Mesnil | - GMF La Cité Médicale |

Total : 28 GMF

ANNEXE 9 — PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX (PREM) EN SPÉCIALITÉS

SPÉCIALITÉS	CHUQ		CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSS de Charlevoix		CSSS de la Vieille-Capitale		CSSS de Québec-Nord		IRDPO		Jeffery Hale - Saint Brigid's		INSPO		TOTAL REGIONAL	
	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM
Allergie-immunologie pédiatrique	2	2																			2	2
Allergie-immunologie	6	6	1	2																	7	8
Anatomo-pathologie	17	17	16	12	4	4															37	33
Anesthésiologie	46	47	33	33	16	16			1	2											96	98
Biochimie médicale	9	9	6	5	1	1															16	15
Cardiologie	19	19	16	16	33	33															68	68
Cardiologie pédiatrique	5	5																			5	5
Chirurgie générale	16	16	14	14	7	6			1	4											38	40
Chirurgie g. pédiatrique	2	2																			2	2
Chirurgie vasculaire	8	8																			8	8
Chirurgie thoracique					5	4															5	4
Chirurgie orthopédique	19	19	12	12					1	1											32	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	4	4																	14	14
Endocrinologie pédiatrique	3	4																			3	4
Gastroentérologie pédiatrique	4	4																			4	4
Gastroentérologie	12	12	9	8	1	2															22	22
Génétique médicale	4	6																			4	6
Gériatrie	7	7	7	8	1	0															15	15
Hématologie oncologie	13	13	14	12	2	2															29	27
Hématologie pédiatrique	3	4																			3	4
Médecine d'urgence	10	10	16	16																	26	26
Médecine interne	22	22	13	13	6	6							1	0	1	0					43	41
Médecine nucléaire	6	6	2	3	3	3															11	12
Microbiologie médicale	16	16	8	8	3	3													1	0	28	27
Néphrologie	15	15			4	4															19	19
Néphrologie pédiatrique	2	2																			2	2
Neurologie	5	5	17	16																	24	23
Neurologie pédiatrique	4	5						2	2												4	5
Neurochirurgie			14	14																	14	14
Obstétrique-gynécologie	47	48																			47	48

SPÉCIALITÉS	CHUQ		CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSS de Charlevoix		CSSS de la Vieille-Capitale		CSSS de Québec-Nord		IRDPO		Jeffery Hale - Saint Brigid's		INSPQ		TOTAL REGIONAL		
	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	
Ophtalmologie	3	4	31	29															34	33			
Oto-rhino-laryngologie	14	14	9	9							1	0							24	23			
Pédiatrie générale	26	26																	26	26			
Pédiatrie maladies infectieuses	3	3																	3	3			
Pédiatrie néonatalogie	11	11																	11	11			
Pédiatrie soins intensifs	5	6																	5	6			
Physiatrie	0	1	7	7											4	4			11	12			
Pneumologie	4	4	5	5	22	22													31	31			
Pneumologie pédiatrique	4	4																	4	4			
Pédopsychiatrie	18	19						94	96	0	1								18	20			
Psychiatrie adulte																			94	96			
Radiologie diagnostique	32	31	19	21	9	9			1	2			1	1				1	0			63	64
Radio-oncologie	18	20																	18	20			
Rhumatologie	9	10																	9	10			
Rhumatologie pédiatrique	1	2																	1	2			
Santé communautaire	19	18																	16	17			
Urologie	12	14	3	3					1	1									16	17			
Total	528	543	290	283	126	129	126	96	98	5	11	1	0	2	1	4	4	1	0	17	17	1074	1083

Source: Application Web du ministère de la Santé et des Services sociaux - Gestion des PREM en spécialités, 2012-05-15.

EP : Effectifs en place

PEM : Plan des effectifs médicaux

Note: Les écarts entre les EP et les PEM sont engendrés soit, par des dépassements temporaires, par des postes académiques (hors PEM) ou par des postes vacants.

ANNEXE 10 — PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE

Établissements	PEM 2011	PEM ajusté après la diminution de 10 %	Nombre de postes en moins
CHUQ	131	118	13
CHA	57	52	5
CSSS de Québec-Nord	95	86	9
CSSS de la Vieille-Capitale	84	76	8
CSSS de Portneuf	39	35	4
CSSS de Charlevoix	46	42	4
Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ)	21	19	2
IUCPQ	32	29	3
IRDPQ	14	13	1
Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Home	21	19	2
	Diminution totale de postes :		51*

*Note : La diminution du PEM de 10 % signifie que le remplacement de chaque départ de médecin doit recevoir une recommandation favorable du DRMG.

Pour l'année 2012, qui s'échelonne entre le 1^{er} décembre 2011 et le 30 novembre 2012, le PREM en omnipratique renferme les éléments suivants :

- 5 postes réservés pour des médecins nouveaux facturants ou finissants;
- 20 postes pour des médecins en mobilité interrégionale.

ANNEXE 11 — LISTE DES 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 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		
			2009-2010	2010-2011	2011-2012
301	CHARLEVOIX	CTAQ	2 833	3 276	3 054
302					
303					
343					
Sous-total			2 833	3 276	3 054
304	SAINTE-ANNE-DE-BEAUPRÉ	Ambulances Côte-de-Beaupré	1 740	1 767	1 799
305	QUÉBEC MÉTROPOLITAIN	Ambulances de la Capitale-Nationale CTAQ	45 538	47 495	50 529
306					
307					
308					
309					
Sous-total			47 278	49 262	52 328
310	SAINT-RAYMOND	Ambulances Portneuf	1 543	1 747	1 778
311	SAINT-MARC-DES-CARRIÈRES	Ambulances Guy Denis & Fils Ambulances Paré	1 382	1 418	1 558
312	DONNACONA	Groupe Radisson – Secteur Donnacona	1 350	1 602	1 606
342	PARC DES LAURENTIDES	CTAQ	79	82	98
346	SAINTE-CATHERINE J.C.	Ambulance de la Jacques-Cartier	283	308	333
Sous-total			4 640	5 157	5 373
TOTAL			54 748	57 696	60 755

ANNEXE 13 — PRIX D'EXCELLENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – ÉDITION 2010-2011

Dans le cadre de l'édition 2010-2011 des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux, l'Agence a soumis quatre (4) candidatures au jury ministériel.

Deux de ces candidatures ont été primées :

Prix d'excellence, catégorie *Intégration des services*

- Le CSSS de la Vieille-Capitale pour son projet « Un réseau intégré de services médicaux et infirmiers de première ligne : le modèle des cliniques-réseau ».

Mention d'honneur, catégorie *Partenariat*

- Le CSSS de la Vieille-Capitale pour son projet « Plan novateur d'intégration en santé mentale ».

Un regroupement de partenaires, de représentants d'usagers et de parents intéressés par la santé mentale ont bâti un plan novateur d'intégration en santé mentale permettant à des personnes hospitalisées de vivre dans la communauté. Ce projet a été mis en place grâce à l'implication de :

- L'Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale (AGIR).
- L'Association des personnes utilisatrices de services en santé mentale de la région de Québec (APUR).
- L'organisme La Boussole, représentant des familles et des proches.
- Le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH).
- Des représentants de l'IUSMQ, des centres de santé et de services sociaux et de l'Agence.

Félicitations aux lauréats!

ANNEXE 14 — PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2011-2012	Subvention accordée 2010-2011
<i>FINANCEMENT DE BASE</i>			
<i>Aide et entraide</i>			
03-00243	ADAPTAVIE INC.	86 794 \$	84 760 \$
03-06312	AIDANTS (TES) NATURELS (LES) DE CHARLESBOURG (LES)	27 472 \$	26 633 \$
03-06159	AIDONS-LAIT	37 208 \$	31 695 \$
03-02385	ALLAITEMENT QUÉBEC	52 306 \$	51 080 \$
03-05855	ASSOCIATION BÉNÉVOLE COTE DE BEAUPRÉ	85 058 \$	83 064 \$
03-00637	ASSOCIATION BÉNÉVOLE DE CHARLEVOIX	109 078 \$	106 521 \$
03-05854	ASSOCIATION BÉNÉVOLE DE L'ILE D'ORLÉANS (L')	27 332 \$	26 460 \$
03-06167	ASSOCIATION DE FIBROMYALGIE RÉGION DE QUÉBEC	38 414 \$	31 695 \$
03-01233	ASSOCIATION DES GRANDS BRULÉS F.L.A.M. (L')	134 373 \$	131 224 \$
03-06277	ASSOCIATION DES HANDICAPÉS RESPIRATOIRES DE QUÉBEC (1984) INC.	28 279 \$	27 450 \$
03-02929	ASSOCIATION DES T.C.C. DES DEUX RIVES (QUEBEC-CHAUDIÈRE-APPALACHES) (L')	46 119 \$	43 090 \$
03-05117	BENEVOLAT MICHEL SARRAZIN	83 201 \$	81 251 \$
03-05191	BÉNÉVOLAT ST-SACREMENT INC.	83 359 \$	81 405 \$
03-06062	BOUSSOLE (LA), REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE	344 017 \$	335 954 \$
03-06013	BUTINEUSE DE VANIER (LA)	61 882 \$	60 432 \$
03-05136	CARREFOUR DE L'AMITIÉ CHARLESBOURG	100 100 \$	98 419 \$
03-01080	CENTRE BONNE ENTENTE	82 272 \$	80 344 \$
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTÉ INC.	92 080 \$	89 922 \$
03-00349	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE AIDE 23	140 820 \$	137 520 \$
03-02811	CENTRE D'AIDE ET D'ACTION BÉNÉVOLE DE CHARLESBOURG	81 154 \$	79 252 \$
03-00030	CENTRE DE PARRAINAGE CIVIQUE DE QUÉBEC INC. (LE)	121 427 \$	118 581 \$
03-06076	CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE C.P.S.	819 239 \$	800 038 \$
03-06234	CENTRE D'ENTRAIDE ÉMOTIONS	105 704 \$	103 227 \$
03-01779	CENTRE SIGNES D'ESPOIR	218 200 \$	213 892 \$
03-01896	CENTRESPOIR-CHARLESBOURG INC. (LE)	82 272 \$	80 344 \$
03-06006	CERCLE POLAIRE	135 935 \$	132 749 \$
03-00575	CHANTELAIT	37 616 \$	30 517 \$
03-01785	CLUB BON COEUR DES CARDIAQUES DE CHARLEVOIX INC.	61 550 \$	60 107 \$
03-06227	CLUB CARDIO-SANTÉ DE CHARLEVOIX INC. (LE)	59 388 \$	57 996 \$
03-00497	COLLECTIF D'ACCOMPAGNEMENT A L'ACCOUCHEMENT "LES ACCOMPAGNANTES" (LE)	104 266 \$	101 822 \$
03-05138	COMITÉ DE LA POPOTE DE CLERMONT	6 200 \$	6 103 \$
03-05562	COMITÉ DE VOLONTARIAT DE QUARTIER-LIMOILLOU SUD INC.	34 305 \$	33 501 \$
03-05121	COMITÉ NEUVILLE SE SOUVIENT	13 750 \$	13 750 \$

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2011-2012	Subvention accordée 2010-2011
03-06092	COMITE PREVENTION SUICIDE CHARLEVOIX	212 756 \$	207 770 \$
03-05113	COMITÉ VAS'Y DE SAINT-RAYMOND	111 863 \$	109 241 \$
03-06330	COMMUNAUTÉS SOLIDAIRES	25 000 \$	21 759 \$
03-06165	COURTEPOINTE (LA)	48 495 \$	47 358 \$
03-06105	CROISSANCE-TRAVAIL	882 032 \$	861 359 \$
03-06194	ENTR'ACTES, PRODUCTIONS ARTISTIQUES	88 970 \$	86 885 \$
03-06094	ENTRAIDE AGAPÈ	68 049 \$	66 454 \$
03-00746	ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE LE HALO (L')	134 373 \$	131 224 \$
03-05929	ENTRAIDE DES AINES DE SILLERY	58 252 \$	56 887 \$
03-01925	ENTRAIDE JEUNESSE QUÉBEC	113 032 \$	110 383 \$
03-06066	ENTRAIDE LES SAULES INC. (L')	39 496 \$	37 759 \$
03-01192	ENTRAIDE NATURO-LAIT	65 991 \$	64 444 \$
03-05110	ENTRAIDE SAINTE-FOY	58 252 \$	56 887 \$
03-01458	ÉPILEPSIE SECTION DE QUÉBEC	35 753 \$	27 761 \$
03-05198	ÉQUIPE BÉNÉVOLE DE L'INSTITUT (L')	28 254 \$	27 700 \$
03-05193	FRATERNITÉ SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	140 338 \$	137 049 \$
03-06186	G.R.I.S. - QUÉBEC	50 912 \$	49 719 \$
03-01318	GRANDS FRÈRES ET GRANDES SOEURS DE QUÉBEC INC. (LES)	56 492 \$	55 168 \$
03-00091	GROUPE LES RELEVAILLES	134 373 \$	131 224 \$
03-03101	LA SOCIETE ALZHEIMER DE QUEBEC	49 124 \$	47 533 \$
03-06292	L'ANCRAGE DE L'ISLE-AUX-COUDRES	34 990 \$	26 633 \$
03-00300	L'AUTRE AVENUE, ORGANISME DE JUSTICE ALTERNATIVE	602 111 \$	587 999 \$
03-06064	LE MIEUX-ÊTRE DES IMMIGRANTS	40 124 \$	34 225 \$
03-06238	LE VERGER, CENTRE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	102 874 \$	100 463 \$
03-06079	L'Équilibre / CENTRE D'ENTRAIDE DU TROUBLE AFFECTIF BIPOLAIRE DE QUÉBEC	134 371 \$	131 222 \$
03-06112	LIBRE ESPACE ORLÉANS INC.	102 998 \$	100 584 \$
03-06311	L'ODYSSÉE BLEUE INC.	25 000 \$	-\$
03-06040	MAINS DE L'ESPOIR DE CHARLEVOIX INC.	102 652 \$	100 246 \$
03-01469	MAMIE-LAIT	34 124 \$	34 500 \$
03-06007	MARÉE REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (LA)	243 321 \$	240 504 \$
03-01803	MOISSON QUÉBEC INC.	63 903 \$	62 405 \$
03-00014	MOUVEMENT DES SERVICES À LA COMMUNAUTÉ DU CAP-ROUGE INC.	68 794 \$	67 182 \$
03-03076	ORGANISATION COMMUNAUTAIRE D'ÉCOUTE ET D'AIDE NATURELLE (O.C.E.A.N.)	145 000 \$	142 013 \$
03-06084	ORGANISATION POUR LA SANTÉ MENTALE OEUVRANT À LA SENSIBILISATION ET À L'ENTRAIDE (O.S.M.O.S.E.)	103 269 \$	100 849 \$
03-06309	PARENTS-ESPOIR	25 000 \$	21 759 \$
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THÉRAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	61 742 \$	60 295 \$
03-03261	POINT DE REPÈRES (1990)	348 613 \$	340 442 \$
03-05566	POPOTE DE CHARLESBOURG (LA)	53 230 \$	51 982 \$

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2011-2012	Subvention accordée 2010-2011
03-05124	POPOTE ET MULTI-SERVICES	111 863 \$	109 241 \$
03-05624	POPOTE ROULANTE LAVAL INC.	25 000 \$	21 848 \$
03-02704	PRESENCE-FAMILLE SAINT-AUGUSTIN	43 319 \$	38 948 \$
03-06331	RESSOURCES FAMILIALES LA VIELLE CASERNE DE MONTMORENCY	22 000 \$	17 197 \$
03-06160	RUCHE VANIER INC. (LA)	62 090 \$	60 635 \$
03-00212	S.O.S. GROSSESSE	65 528 \$	63 992 \$
03-06255	SAIRAH SERVICE D'AUTONOMISATION, D'INTÉGRATION ET DE RÉADAPTATION AUX ADULTES AYANT UN HANDICAP INC.	40 432 \$	34 680 \$
03-06200	SERVICE D'AIDE À L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	65 892 \$	64 348 \$
03-05115	SERVICE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE RAYON DE SOLEIL	88 563 \$	86 487 \$
03-06275	SERVICES POUR HOMMES IMPULSIFS ET COLÉRIQUES DE CHARLEVOIX	120 831 \$	117 999 \$
03-06271	SOCIÉTÉ PARKINSON - RÉGION DE QUÉBEC	44 113 \$	40 123 \$
03-01872	TEL-AIDE QUÉBEC INC.	125 579 \$	122 636 \$
	SOUS-TOTAL	9 050 303 \$	8 756 799 \$

Sensibilisation, promotion et défense des droits

03-06033	ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTE MENTALE (REGION DE QUEBEC) INC.	134 462 \$	131 311 \$
03-06155	ASSOCIATION DES MALENTENDANTS QUÉBÉCOIS INC.	55 783 \$	54 476 \$
03-01059	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE CHARLEVOIX INC.	47 596 \$	45 273 \$
03-06043	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE PORTNEUF	46 370 \$	43 461 \$
03-01352	ASSOCIATION DES PERSONNES INTÉRESSÉES À L'APHASIE (A.P.I.A.)	53 670 \$	52 412 \$
03-02575	ASSOCIATION DU QUÉBEC POUR ENFANTS AVEC PROBLÈMES AUDITIFS (A.Q.E.P.A.) QUÉBEC MÉTRO (03-12) INC.	61 915 \$	60 464 \$
03-06044	ASSOCIATION POUR L'INTÉGRATION SOCIALE (RÉGION DE QUÉBEC) (L')	45 892 \$	42 753 \$
03-06187	ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE LA DYSPHASIE, CAPITALE-NATIONALE	77 132 \$	75 324 \$
03-02552	ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LES TROUBLES D'APPRENTISSAGE, SECTION QUÉBEC (A.Q.E.T.A.)	99 745 \$	98 465 \$
03-01011	AUTISME QUÉBEC	129 742 \$	126 701 \$
03-06061	AUTO-PSY (RÉGION DE QUÉBEC)	75 290 \$	73 525 \$
03-02221	CARREFOURFAMILIAL DES PERSONNES HANDICAPÉES	117 711 \$	114 952 \$
03-06229	COMITÉ D'AIDE AUX FEMMES SOURDES DE QUÉBEC	115 016 \$	112 320 \$
03-02788	ESPACE REGION DE QUEBEC	182 405 \$	178 130 \$
03-02136	REGROUPEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES VISUELLES (RÉGIONS 03-12)	119 523 \$	116 722 \$
03-06152	REGROUPEMENT POUR L'INTÉGRATION SOCIALE DE CHARLEVOIX	54 231 \$	52 960 \$
03-02035	SERVICE D'INFORMATION EN CONTRACEPTION ET SEXUALITÉ DE QUÉBEC	101 487 \$	99 108 \$
03-02409	VIOLENCE INFO	180 744 \$	176 508 \$
	SOUS-TOTAL	1 698 714 \$	1 654 865 \$

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2011-2012	Subvention accordée 2010-2011
-------------------------	--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Hébergement communautaire

03-01344	GITE JEUNESSE INC.	453 978 \$	446 829 \$
03-06293	MAISON COMMUNAUTAIRE MISSINAK - RESSOURCE D'HÉBERGEMENT ET DE RESSOURCEMENT POUR FEMMES AUTOCHTONES ET LEURS FAMILLES	518 162 \$	508 441 \$
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUÉBEC (LA)	690 629 \$	674 442 \$
03-02799	MAISON DU COEUR POUR FEMMES	630 129 \$	615 360 \$
03-00154	MAISON HÉLÈNE LACROIX	666 380 \$	653 314 \$
03-00715	MAISON LA MONTÉE (LA)	647 168 \$	632 000 \$
03-00504	MAISON MARIE-ROLLET	711 000 \$	694 336 \$
03-00812	MAISON POUR FEMMES IMMIGRANTES	711 651 \$	694 972 \$
03-00022	MAISON RICHELIEU HÉBERGEMENT JEUNESSE SAINTE-FOY INC.	373 109 \$	364 364 \$
03-02513	MIREPI, MAISON D'HÉBERGEMENT INC.	694 417 \$	678 142 \$
03-06236	SQUAT BASSE-VILLE (Gite du Nomade)	139 624 \$	136 352 \$
	SOUS-TOTAL	6 236 247 \$	6 098 552 \$

Milieus de vie

03-06141	AMICALE ALFA DE QUÉBEC	56 716 \$	55 387 \$
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	540 290 \$	527 627 \$
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	210 507 \$	205 573 \$
03-03010	ASSOCIATION ALTI	81 343 \$	79 437 \$
03-01489	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE CHARLESBOURG	79 650 \$	77 783 \$
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUÉBEC) INC. (L')	159 218 \$	155 486 \$
03-06201	CABANON MAISON DES JEUNES DE LAC-BEAUPORT (LE)	71 858 \$	70 174 \$
03-06065	CAFÉ-RENCONTRE DU CENTRE-VILLE (QUÉBEC) INC.	70 122 \$	68 479 \$
03-06196	CENTRE CASA (1997)	150 019 \$	146 503 \$
03-00138	CENTRE COMMUNAUTAIRE L'AMITIÉ INC. (LE)	209 640 \$	204 727 \$
03-06073	CENTRE DE CROISSANCE RENAISSANCE INC.	366 595 \$	358 003 \$
03-06075	CENTRE DE JOUR FEU VERT INC.	267 028 \$	260 770 \$
03-06096	CENTRE DE JOUR L'ENVOL INC.	102 998 \$	100 584 \$
03-03203	CENTRE DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES LE RUCHER	227 810 \$	222 471 \$
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	180 906 \$	176 666 \$
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	180 906 \$	176 666 \$
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUÉBEC INC.	180 755 \$	176 519 \$
03-02041	CENTRE FEMMES D'AUJOURD'HUI	180 905 \$	176 665 \$
03-00144	CENTRE INTERNATIONAL DES FEMMES, QUÉBEC	180 839 \$	176 601 \$
03-06254	CENTRE MULTI-SERVICES 16-30 ANS LA SOURCE	40 124 \$	34 225 \$
03-03057	CENTRE RÉSIDENTIEL ET COMMUNAUTAIRE JACQUES CARTIER (LE)	119 138 \$	116 346 \$
03-06256	CENTRE RESSOURCES POUR FEMMES DE BEAUPORT (CRFB)	180 191 \$	175 968 \$

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2011-2012	Subvention accordée 2010-2011
03-06085	CENTRE SOCIAL DE LA CROIX BLANCHE (RÉGION DE QUÉBEC)	200 665 \$	195 962 \$
03-02055	CENTRE-FEMMES AUX PLURIELLES	181 721 \$	177 462 \$
03-00297	CORPORATION D'ANIMATION L'OUVRE-BOITE DU QUARTIER	224 873 \$	219 603 \$
03-06117	CORPORATION JEUNESSE L'ÉVASION L'ORMIÈRE	69 094 \$	67 475 \$
03-06137	DEMI-LUNE	121 118 \$	118 279 \$
03-05189	ENTRAIDE DU FAUBOURG INC.	138 668 \$	135 418 \$
03-06228	ÉVASION ST-PIE X (L')	200 144 \$	208 260 \$
03-06109	ÉVEIL CHARLEVOISIEN (L')	359 023 \$	351 983 \$
03-00852	FORUM-JEUNESSE CHARLEVOIX-OUEST	157 121 \$	153 438 \$
03-01883	G.A.P.I. GROUPE D'AIDE AUX PERSONNES IMPULSIVES (AYANT DES COMPORTEMENTS VIOLENTS)	278 071 \$	271 554 \$
03-01115	GROUPE ACTION-JEUNESSE DE CHARLEVOIX	190 246 \$	185 787 \$
03-02797	MAISON AU SEUIL DE L'HARMONIE	128 543 \$	125 530 \$
03-03154	MAISON D'AIDE VILLA ST-LEONARD	152 911 \$	149 327 \$
03-00502	MAISON DE JOB	196 122 \$	191 525 \$
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTÉ	249 126 \$	243 287 \$
03-00982	MAISON D'ENTRAIDE L'ARC-EN-CIEL INC.	158 103 \$	154 397 \$
03-00318	MAISON DES JEUNES "LA MARGINALE" INC. (LA)	132 350 \$	129 248 \$
03-02102	MAISON DES JEUNES DE BEAUPORT EST	156 167 \$	152 507 \$
03-00768	MAISON DES JEUNES DE BEAUPORT OUEST	141 232 \$	137 922 \$
03-06127	MAISON DES JEUNES DE BOISCHATEL (LA)	92 285 \$	90 122 \$
03-01129	MAISON DES JEUNES DE CAP-ROUGE INC. (LA)	125 487 \$	122 546 \$
03-06128	MAISON DES JEUNES DE DUBERGER	69 179 \$	67 558 \$
03-00704	MAISON DES JEUNES DE L'ANCIENNE-LORETTE INC. (LA)	98 924 \$	96 605 \$
03-02381	MAISON DES JEUNES DE LES SAULES ET DE LEBOURGNEUF INC. (LA)	150 390 \$	146 865 \$
03-06189	MAISON DES JEUNES DE L'ILE D'ORLÉANS (LA)	104 097 \$	101 657 \$
03-06247	MAISON DES JEUNES DE NEUVILLE	45 098 \$	41 579 \$
03-06259	MAISON DES JEUNES DE NOTRE-DAME-DES-MONTS (LA)	43 338 \$	38 978 \$
03-03222	MAISON DES JEUNES DE PONT-ROUGE 125 INC. (LA)	69 663 \$	68 030 \$
03-02426	MAISON DES JEUNES DE SAINT-ANDRÉ DE NEUFCHÂTEL (LA)	69 176 \$	67 555 \$
03-03215	MAISON DES JEUNES DE SAINT-AUGUSTIN-DE-DESMAURES INC. (LA)	109 588 \$	107 020 \$
03-06306	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-BRIGITTE-DE-LAVAL	44 432 \$	40 595 \$
03-06126	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER	69 179 \$	67 558 \$
03-00811	MAISON DES JEUNES DE SILLERY INC. (LA)	80 175 \$	78 296 \$
03-06224	MAISON DES JEUNES DE ST-EMILE	45 098 \$	41 579 \$
03-06191	MAISON DES JEUNES DE ST-FERREOL-LES-NEIGES	79 555 \$	77 690 \$
03-06208	MAISON DES JEUNES DE ST-RAYMOND INC. (LA)	38 500 \$	37 500 \$
03-02416	MAISON DES JEUNES DE WENDAKE INC. (LA)	64 387 \$	62 878 \$
03-00767	MAISON DES JEUNES DU LAC SAINT-CHARLES INC.	98 550 \$	96 240 \$
03-00128	MAISON DES JEUNES DU QUARTIER ST-JEAN-BAPTISTE (LA)	150 000 \$	147 590 \$
03-00299	MAISON DES JEUNES LA PARENTHÈSE (LA)	123 685 \$	120 786 \$

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2011-2012	Subvention accordée 2010-2011
03-06223	MAISON DES JEUNES L'ATOME	48 807 \$	47 063 \$
03-06203	MAISON DES JEUNES L'ÉNIGME DE BEAUPRÉ	47 752 \$	45 504 \$
03-00464	MAISON DES JEUNES L'ENVOL DE SAINTE-FOY INC.	122 588 \$	119 715 \$
03-01999	MAISON DES JEUNES L'ESCAPADE DE VAL-BÉLAIR	138 668 \$	135 418 \$
03-00301	MAISON DES JEUNES L'EXODE DE LIMOILOU (LA)	116 099 \$	113 378 \$
03-02262	MAISON DES JEUNES L'INTÉGRALE INC. (LA)	184 077 \$	179 762 \$
03-06213	MAISON L'ÉCLAIRCIE	285 393 \$	279 038 \$
03-00229	MAISON L'ESPÉRANCE INC.		97 852 \$
03-01804	MAISON MARIE FRÉDÉRIC	368 688 \$	360 047 \$
03-06070	MÈRES ET MONDE - CENTRE DE RESSOURCES POUR JEUNES MÈRES	38 414 \$	31 695 \$
03-01594	MOUVEMENT D'INFORMATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE S.I.D.A. (MIELS-QUÉBEC) À QUÉBEC	572 082 \$	558 674 \$
03-02834	OEUVRES DE LA MAISON DAUPHINE INC. (LES)	208 490 \$	203 604 \$
03-06139	ORGANISATION QUÉBÉCOISE DES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER (1984) INC.	84 316 \$	82 340 \$
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITÉS VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	827 513 \$	808 118 \$
03-00671	PROJET-INTERVENTION-PROSTITUTION QUÉBEC INC.	190 788 \$	171 566 \$
03-03068	REGROUPEMENT ACTION PRÉVENTION JEUNESSE DES LAURENTIDES	98 247 \$	95 944 \$
03-00210	RELAIS D'ESPÉRANCE	59 994 \$	58 588 \$
03-06158	RELAIS LA CHAUMINE INC.	266 443 \$	260 198 \$
03-06161	RÉSIDENCE LE PORTAIL	245 760 \$	240 000 \$
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	64 754 \$	63 236 \$
03-05187	SERVICE AMICAL BASSE-VILLE INC.	169 822 \$	165 842 \$
03-06169	SERVICE D'ENTRAIDE L'ESPOIR (QUÉBEC)	102 931 \$	100 519 \$
03-06093	SOLIDARITÉ FAMILLES DUBERGER-LES SAULES	33 757 \$	31 695 \$
03-06068	TRAME D'ACTIONS ET D'INITIATIVES CONCERTÉES (T.R.A.I.C.) JEUNESSE	141 259 \$	137 948 \$
03-06004	TRIP JEUNESSE BEAUPORT	79 433 \$	77 571 \$
03-01536	UNITÉ DOMRÉMY DE CLERMONT INC.	47 477 \$	45 098 \$
03-00140	VIOL-SECOURS	320 744 \$	313 227 \$
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIÉTÉ	93 495 \$	91 662 \$
	SOUS-TOTAL	14 001 433 \$	13 746 153 \$

FINANCEMENT PAR OBJECTIFS

03-05111	ACTION BÉNÉVOLE DE ST-BASILE INC.	4 273 \$	4 173 \$
03-02022	AIDE À LA COMMUNAUTÉ ET SERVICES À DOMICILE	27 714 \$	27 064 \$
03-06154	ALLIANCE DES GROUPES D'INTERVENTION POUR LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE (AGIR EN SANTÉ MENTALE)	68 174 \$	66 576 \$
03-06019	ARCHE L'ÉTOILE INC. (L')	384 091 \$	375 089 \$
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	75 271 \$	73 507 \$
03-06289	ASSOCIATION DES LARYNGECTOMISÉS DE QUÉBEC INC.	6 995 \$	6 831 \$

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2011-2012	Subvention accordée 2010-2011
03-06270	ASSOCIATION DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION DE QUÉBEC (03)	86 148 \$	84 129 \$
03-06288	ASSOCIATION DES SOURDS DE QUÉBEC INC.	11 418 \$	11 150 \$
03-00146	ASSOCIATION Y.W.C.A. DE QUÉBEC	154 161 \$	150 548 \$
03-06281	ATELIER DE LA MEZZANINE	148 319 \$	144 843 \$
03-01011	AUTISME QUÉBEC	206 915 \$	202 065 \$
03-06287	CALACS DE CHARLEVOIX	222 830 \$	217 607 \$
03-01904	CENTRE AUBERGE DES AINÉS DE ST-EMILE	7 045 \$	6 880 \$
03-00038	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE DE QUÉBEC INC.	58 584 \$	57 211 \$
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC	2 351 529 \$	2 296 415 \$
03-06143	COMITÉ D'ACTION DES PERSONNES VIVANT DES SITUATIONS DE HANDICAP (CAPVISH) (LE)	86 500 \$	84 473 \$
03-01971	CORPORATION CITE-JOIE INC. (LA)	76 993 \$	75 188 \$
03-06147	ÉCOUTE SECOURS	20 633 \$	20 149 \$
03-06276	FONDATION DE LA GREFFE DE MOELLE OSSEUSE DE L'EST DU QUÉBEC	28 851 \$	28 175 \$
03-06015	FONDATION FÊTE D'ENFANT DÉDÉ INC.	19 547 \$	19 089 \$
03-06195	GRUPE DE RECHERCHE EN ANIMATION ET PLANIFICATION ÉCONOMIQUE (GRAPE)		21 306 \$
03-06211	LE GRAND CHEMIN INC.	405 585 \$	397 632 \$
03-06252	MAGNIFIQUE INC. (LE)	11 486 \$	11 217 \$
03-06315	PAVOIS (LE) DE LORETTEVILLE	106 364 \$	103 871 \$
03-06316	PAVOIS (LE) DE STE-FOY	106 364 \$	103 871 \$
03-06168	PETIT RÉPIT (LE)	34 681 \$	33 868 \$
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	1 086 885 \$	1 061 411 \$
03-06150	REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE (PORTNEUF-QUEBEC-CHARLEVOIX)	17 488 \$	17 078 \$
03-06022	REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION 03	224 173 \$	218 919 \$
03-06216	REGROUPEMENT DES ORGANISMES DE PERSONNES HANDICAPÉES DE LA RÉGION 03 (ROP 03)	15 815 \$	15 444 \$
03-06041	REGROUPEMENT POUR L'AIDE AUX ITINÉRANTS ET ITINÉRANTES DE QUÉBEC	52 529 \$	51 298 \$
03-05195	SERVICE D'ENTRAIDE BASSE-VILLE INC.	83 217 \$	81 267 \$
03-05186	SERVICE D'ENTRAIDE ROCAMADOUR	110 089 \$	107 509 \$
03-06164	SERVICE REGIONAL D'INTERPRETARIAT DE QUEBEC INC.	98 179 \$	95 878 \$
03-06052	SOCIÉTÉ GRAND VILLAGE INC. (LA)	9 188 \$	8 973 \$
03-06179	SOCIÉTÉ SAINT-VINCENT DE PAUL DE QUÉBEC (LA)	38 436 \$	37 535 \$
	SOUS-TOTAL	6 446 470 \$	6 318 239 \$
	Total PSOC	37 433 167 \$	36 574 608 \$



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

Québec 

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

555, boulevard Wilfrid-Hamel Est

Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : 418 525-1500

418 525-1502 (ATS)

Ligne Info-Agence : 418 525-1495

Télécopieur : 418 529-4463

www.rss03.gouv.qc.ca