

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA CAPITALE-NATIONALE

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2018-2019

L'USAGER
AU CŒUR DE
NOS ACTIONS
ET DE NOS
DÉCISIONS

Québec

Dépôt légal : 2019
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-85058-8 (imprimé)
978-2-550-85059-5 (pdf)

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA CAPITALE-NATIONALE

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2018-2019

L'USAGER
AU CŒUR DE
NOS ACTIONS
ET DE NOS
DÉCISIONS

TABLE DES MATIÈRES

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS 9

2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES 10

3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS 11

3.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES 15

3.1.1 Conseil d'administration 15

3.1.2 Comité de gouvernance et d'éthique 15

3.1.3 Comité de vérification 16

3.1.4 Comité de vigilance et de la qualité 17

3.1.5 Comité des soins et des services 18

3.1.6 Comité des ressources humaines 19

3.1.7 Comité des affaires universitaires et de l'innovation 19

3.1.8 Comité consultatif du Jeffery Hale – Saint Brigid's 20

3.1.9 Comité d'éthique clinique et de l'enseignement 21

3.1.10 Comités d'éthique de la recherche sectoriels 23

3.1.11 Comité de gestion des risques 24

3.1.12 Comité de révision 25

3.1.13 Comité des usagers du centre intégré 26

3.1.14 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 27

3.1.14.1 Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique central 29

3.1.14.2 Comité de direction du département régional de médecine générale 30

3.1.14.3 Comité d'examen des titres 31

3.1.14.4 Comité de pharmacologie 31

3.1.15 Comité régional des services pharmaceutiques 33

3.1.16 Conseil des infirmières et des infirmiers 35

3.1.17 Conseil multidisciplinaire 37

3.1.18 Conseil des sages-femmes 38

3.2 LES FAITS SAILLANTS 40

3.2.1 Direction de santé publique 40

3.2.2 Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées 43

3.2.2.1 Mission soutien à domicile 43

3.2.2.2 Mission hébergement 43

3.2.2.3 Mission services gériatriques spécialisés 44

3.2.3 Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique 44

3.2.4 Direction de la protection de la jeunesse 46

3.2.4.1 Signalements traités 46

3.2.4.2 Projet SIAM 46

3.2.4.3 Projet intergénérations 46
3.2.4.4 Groupe Projets et soutien 47
3.2.5 Direction des programmes Santé mentale et Dépendances 47
3.2.6 Direction du programme Jeunesse 48
3.2.7 Direction des soins infirmiers 50
3.2.7.1 Soutien professionnel et développement des pratiques 50
3.2.7.2 Services de santé généraux 51
3.2.7.3 Coordination d'activités 51
3.2.8 Direction des services professionnels 51
3.2.8.1 Services préhospitaliers d'urgence 51
3.2.8.2 Services spécialisés et services diagnostiques 51
3.2.8.3 Projet clinique de Portneuf 52
3.2.8.4 Urgences 52
3.2.8.5 Gouverne médicale 53
3.2.8.6 Accès à un médecin de famille (GAMF, GMF, cliniques hivernales) 53
3.2.8.7 Cancérologie 53
3.2.9 Direction des services multidisciplinaires 54
3.2.10 Direction de l'enseignement et des affaires universitaires 55
3.2.11 Direction de la recherche 57
3.2.11.1 CIRRIS 57
3.2.11.2 CERSSPL-UL 57
3.2.11.3 CERVO 58
3.2.11.4 CRUJeF 58
3.2.12 Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique 58
3.2.12.1 Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique 59
3.2.12.2 Coordination du suivi de la qualité et de la gestion des ressources 59
3.2.12.3 Direction adjointe de la qualité et de l'évaluation 59
3.2.12.4 Coordination de sécurité civile et des mesures d'urgence 60
3.2.12.5 Unité de gestion et de suivi de l'information 60
3.2.12.6 Amélioration continue de la performance 60
3.2.13 Direction des services techniques 60
3.2.14 Direction des ressources informationnelles 61
3.2.15 Direction de la logistique 62
3.2.16 Direction des affaires juridiques et institutionnelles 64
3.2.17 Direction des ressources humaines et des communications 64
3.2.17.1 Direction adjointe des relations de travail, des conditions de travail des cadres et de la gestion intégrée de la présence au travail 65
3.2.17.2 Santé organisationnelle 65
3.2.17.3 Direction adjointe du développement organisationnel et du soutien à la transformation 66
3.2.17.4 Direction adjointe des communications 66
3.2.18 Direction des ressources financières 67

4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 69

4.1 LES ATTENTES SPÉCIFIQUES (CHAPITRE III) 69
4.1.1 Santé publique 69
4.1.2 Services sociaux 70
4.1.3 Service de proximité, urgences et préhospitalier 71
4.1.4 Financement, infrastructures et budget 72
4.1.5 Coordination réseau et ministérielle 72
4.1.6 Planification, évaluation et qualité 73
4.1.7 Technologies et information 73
4.2 LES INDICATEURS DE L'ENTENTE DE GESTION 2 74
4.2.1 Cancérologie 74
4.2.2 Santé publique 74
4.2.3 Santé publique – prévention et contrôle des infections nosocomiales 76
4.2.4 Services généraux – activités cliniques et d'aide 77
4.2.5 Soutien à domicile de longue durée 77
4.2.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées 78
4.2.7 Déficiences 80
4.2.8 Jeunes en difficulté 81
4.2.9 Dépendances 82
4.2.10 Santé mentale 83
4.2.11 Urgence 83
4.2.12 Soins palliatifs et de fin de vie 84
4.2.13 Santé physique – services de première ligne 85
4.2.14 Chirurgie 85
4.2.15 Santé physique – imagerie médicale 86
4.2.16 Ressources matérielles 87
4.2.17 Ressources humaines 88
4.2.18 Multiprogrammes 89
5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ 90
5.1 L'AGRÉMENT 90
5.2 LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES 90
5.3 LES RECOMMANDATIONS DU CORONER 91
5.4 LES RECOMMANDATIONS ISSUES DES VISITES DES ORDRES PROFESSIONNELS 92
5.4.1 Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec 92
5.4.2 Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec 92
5.5 LE PROTECTEUR DU CITOYEN 93
5.6 L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION 94
5.7 LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION 94

5.8 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS 95

6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE 96

7. LES RESSOURCES HUMAINES 97

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES 100

8.1 L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME 100

8.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE 101

8.3 LES CONTRATS DE SERVICE 101

9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉES PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT 102

10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES 113

11. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 114

11.1 LES SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 114

11.2 LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 116

ANNEXES 124

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Chaque jour, une seule et même priorité guide nos actions, celle de contribuer, de près ou de loin, au bien-être des usagers et à la qualité des soins de santé et des services sociaux. Afin de maximiser nos efforts respectifs en ce sens, il est important de situer chacune de nos actions dans une vision commune qui prend ses assises dans nos cinq piliers. Les objectifs prioritaires qui en découlent se traduisent dans le Plan d'action 2018-2020 axé sur la santé et le bien-être pour tous (voir l'annexe 1).

Des réalisations qui placent l'usager au cœur de nos actions et de nos décisions

L'exercice 2018-2019 s'inscrit dans la foulée du travail réalisé au cours des dernières années pour toujours améliorer l'expérience de l'usager et lui offrir, en continu, des soins et des services de qualité, au bon moment et par la bonne personne. En ce sens, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) a initié et conclu plusieurs grands dossiers, en partenariat avec l'usager, qui valorisent les compétences professionnelles, le travail interdisciplinaire et le vécu expérientiel de tout un chacun, par exemple :

- L'amélioration de l'accès à plusieurs services de santé et services sociaux dans la région ;
- L'adoption du code d'éthique du CIUSSS pour guider les actions de l'ensemble des intervenants et assurer le bien-être des usagers ;
- L'implication accrue des usagers à la qualité des soins et des services pour répondre davantage à leurs besoins réels ;
- La bonification du mandat du Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique pour que tous, au sein du CIUSSS, prennent en compte le vécu et les perceptions de l'usager ;
- L'implantation graduelle d'une culture d'évaluation de l'expérience vécue par les usagers qui déjà démontre à quel point le personnel s'investit pour offrir un milieu de vie humain et bienveillant ;
- La mise en œuvre de l'accès intégré et harmonisé des soins et des services qui place l'usager au cœur de sa propre démarche, le fait participer aux décisions qui le concernent dès sa première demande de soins ou de services ;
- L'évolution du centre de répartition des demandes de services pour faciliter l'accès à des soins spécialisés ;
- L'adoption de la Politique visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité et la promotion de la bientraitance.

Une expertise reconnue

Après quatre années d'implantation, le CIUSSS est aujourd'hui une organisation forte qui peut compter sur un personnel compétent et innovateur sur les plans clinique, administratif, de l'enseignement, de la recherche et du transfert des connaissances. Ses multiples expertises reconnues par ses pairs et ses précieux partenaires font rayonner l'établissement et le positionnent comme un leader en santé et en services sociaux.

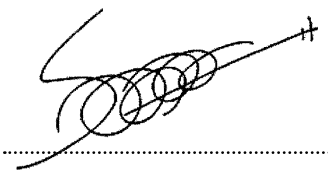
Les premiers jalons d'une culture de reconnaissance

C'est à travers la reconnaissance qu'une organisation comme le CIUSSS apprécie la contribution de chaque personne, qu'elle souligne les efforts fournis par tous ceux et toutes celles qui offrent des soins et des services accessibles, continus et de qualité. Une première soirée de reconnaissance a eu lieu en mai 2019. Elle nous a donné l'occasion de dire merci à notre personnel pour son excellent travail auprès des usagers de partout sur notre territoire.

L'enjeu de la pénurie de main-d'œuvre

L'organisation fait face depuis deux ans à une importante pénurie de main-d'œuvre qui sévit dans la région de la Capitale-Nationale. La situation a conduit le CIUSSS à innover dans ses activités de recrutement pour attirer des travailleurs qualifiés et compétents.

Le rapport qui suit résume les actions significatives du CIUSSS en lien avec la réalisation quotidienne de sa mission dans le respect de ses valeurs. Celles-ci font rayonner ses expertises et placent l'usager au centre de chacune de ses actions et de ses décisions.



Simon Lemay
président du conseil d'administration



Michel Delamarre
président-directeur général

2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2018-2019 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.



Michel Delamarre
président-directeur général

3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale poursuit des objectifs de qualité et de performance en plaçant l'usager au centre de ses décisions et de ses actions.

Un vaste territoire et une population diversifiée

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale dessert les milieux ruraux ou urbains des régions de Charlevoix, de Québec et de Portneuf.

Il répond aux besoins de 753 505 citoyens résidant sur un territoire de 18 643 km^2 :

- (4 %) Charlevoix
- (7 %) Portneuf
- (89 %) Québec

Par ailleurs, 17 % de la population est âgée de 0 à17 ans, et 21 %, de 65 ans et plus.

Pour en savoir plus sur les données de santé de cette population, consultez le rapport *La santé de la population de la Capitale-Nationale en bref* sur le site Web du CIUSSS de la Capitale-Nationale, dans la section Publications.

Sa mission

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale contribue activement à améliorer la santé globale de la population de son territoire. Il offre aux usagers et à leurs proches des soins et des services de santé et des services sociaux de proximité, intégrés et accessibles.

Axés sur la qualité, la sécurité et la performance, ces soins et ces services s'appuient sur les meilleures pratiques et l'innovation, avec la participation des usagers, de leurs proches et des personnes qui œuvrent au sein de l'organisation.

Il mobilise et coordonne les réseaux locaux afin de répondre aux besoins de sa population.

Affilié à l'Université Laval et en collaboration avec les établissements d'enseignement, il assure un enseignement de qualité, développe des connaissances et des pratiques de pointe. Il favorise également le partage et le rayonnement des savoirs scientifiques et cliniques afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts.

Sa vision

Être un leader reconnu pour l'excellence et l'accessibilité de ses soins et de ses services, qui a la confiance de la population et de ses partenaires et qui est une organisation universitaire inspirante pour le personnel, les médecins et les chercheurs.

Ses valeurs

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale fonde ses actions sur les cinq valeurs organisationnelles suivantes : la bienveillance, le respect, la collaboration, la responsabilisation et l'audace.

Bienveillance

Se manifeste par des relations guidées par la recherche du bien des uns et des autres.

Respect

Se caractérise par la reconnaissance en la capacité d'agir de toute personne que l'on traite avec dignité et dont nous estimons la valeur.

Collaboration

Se manifeste par l'engagement des personnes qui œuvrent au CIUSSS de la Capitale-Nationale à s'impliquer au sein des équipes de travail et à y intégrer, à titre de membres à part entière, les usagers, leurs proches et les partenaires dans l'atteinte d'un but commun.

Responsabilisation

Se manifeste par la rigueur et l'imputabilité afin de contribuer à la réalisation de la mission de l'établissement en demeurant centrée sur l'expérience et les besoins de l'usager et de ses proches.

Audace

Se traduit par une attitude proactive face au changement et l'aptitude à saisir les opportunités, tout en faisant preuve de créativité, d'innovation et de courage.

Ses caractéristiques

→ Est l'établissement qui compte le plus grand nombre d'employés (17 683) en santé et en services sociaux de la Capitale-Nationale.

→ Constitue un réseau d'excellence en soins et en services de santé et sociaux, en recherche et en enseignement tout en assurant la promotion et la protection de la santé publique.

→ Regroupe quatre centres de recherche et quatre instituts universitaires.

→ Collabore avec 12 fondations.

→ Est responsable de plus de 200 installations.

→ Offre des soins et des services à la communauté anglophone et à la population immigrante de son territoire.

→ Gère un budget annuel de fonctionnement de 1,5 G$.

Ses ressources humaines

Des personnes engagées et compétentes

→ Plus de 17 000 employés, dont 560 gestionnaires répartis dans 21 directions

→ 3 961 stagiaires

→ 737 médecins

→ 293 chercheurs

→ 91 pharmaciens

→ 18 sages-femmes

→ 10 dentistes

→ Et des centaines de bénévoles

Ces personnes travaillent en partenariat, notamment, avec les autres établissements du réseau, les organismes communautaires, les cliniques médicales et les pharmaciens privés, en milieu scolaire, et avec toute autre organisation qui s'intéresse à la santé et au mieux-être de la population de son territoire.

Des soins et des services de proximité

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale offre des soins de santé et des services sociaux de proximité, de la prévention jusqu'aux soins de fin de vie, à toute la population : les enfants, les parents, la famille, les adolescents, les jeunes adultes, les adultes et les aînés. Pour connaître la gamme des services offerts, visitez le site Web du CIUSSS à **ciussscn.ca**.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale vise :

- une amélioration de l'accessibilité et la continuité des services ;
- une véritable intégration des services offerts à la population axée sur la satisfaction des usagers ;
- une harmonisation des pratiques ;
- une offre de soins qui facilite le parcours de l'usager et celui de ses proches ;
- une offre de service de qualité et sécuritaire ;
- une gestion dynamique de la performance.

Différents types de ressources

→ 9 ateliers de travail

→ 62 centres d'activité de jour

→ 4 centres de réadaptation

→ 29 centres d'hébergement de soins de longue durée

→ 6 centres hospitaliers (CH)

→ 28 centres locaux de services communautaires (CLSC)

→ 8 foyers de groupe

→ 33 groupes de médecine de famille (GMF), dont 5 GMF-U et 6 GMF-R

→ 4 instituts universitaires et 4 centres de recherche

→ 1 maison de naissance

→ 29 plateaux de travail

→ 2 cliniques externes en gériatrie

→ 22 résidences à assistance continue (pour les usagers présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme)

→ 156 résidences privées pour aînés (RPA)

→ 10 ressources d'hébergement en dépendance et jeu pathologique (RHD)

→ 748 ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF)

→ 7 salles d'urgence en santé physique et 2 salles d'urgence en psychiatrie

Exploitation des lits

Longue durée

→ 4 635 lits en centre d'hébergement de soins de longue durée répartis :

- 2 846 lits en CHSLD public ;
- 1 034 lits en CHSLD privé conventionné ;
- 105 lits en soins de longue durée psychiatrique 650 lits en RI au soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Courte durée

→ 30 lits en pédopsychiatrie

→ 336 lits en psychiatrie

→ 351 lits en santé physique

→ 131 lits en gériatrie (UCDG et URFI)

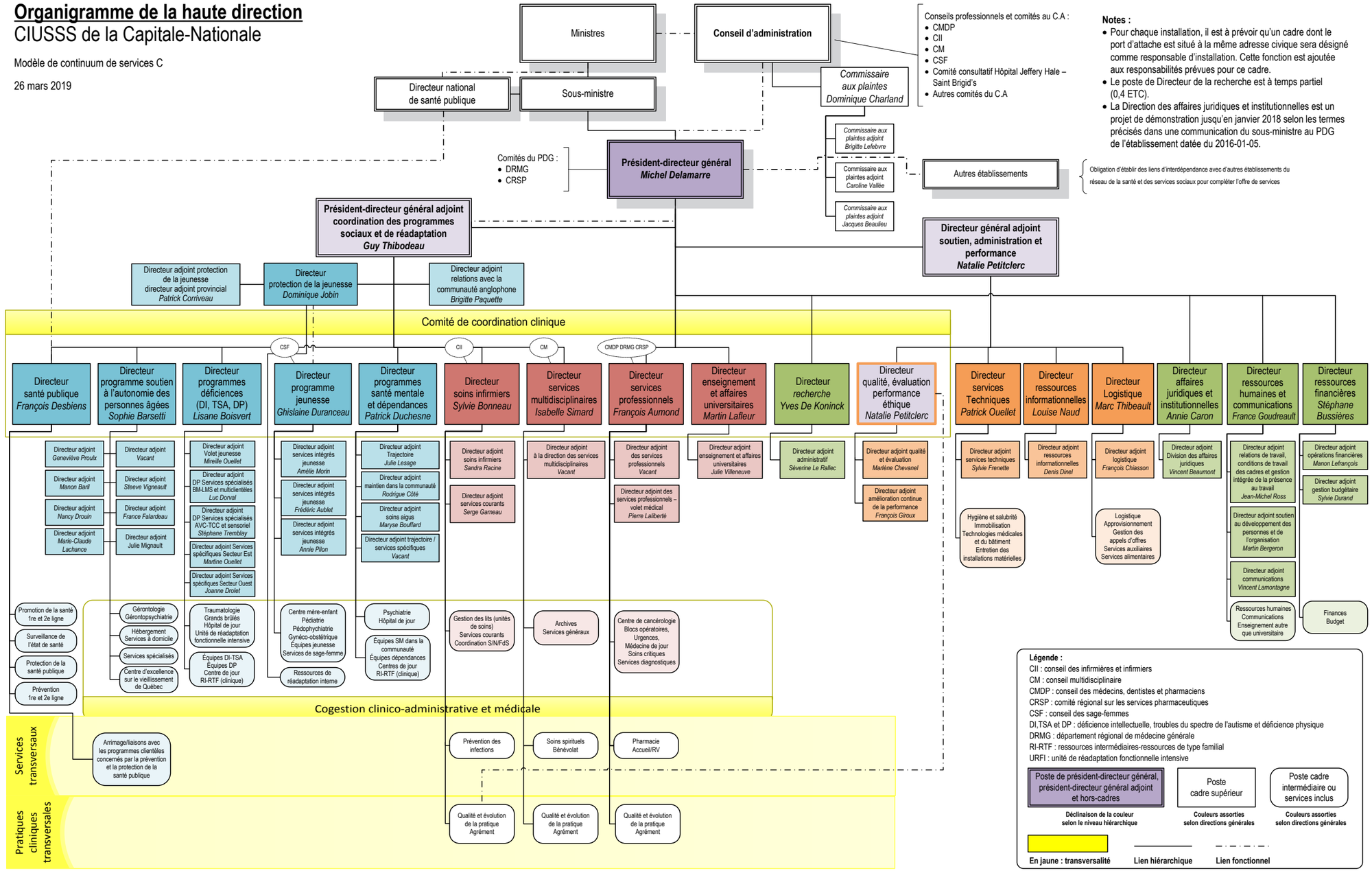
Les données statistiques présentées réflètent la situation au 31 mars 2019.

ORGANIGRAMME

Organigramme de la haute direction
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Modèle de continuum de services C

26 mars 2019



Notes :
- Pour chaque installation, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable d'installation. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.
- Le poste de Directeur de la recherche est à temps partiel (0,4 ETC).
- La Direction des affaires juridiques et institutionnelles est un projet de démonstration jusqu'en janvier 2018 selon les termes précisés dans une communication du sous-ministre au PDG de l'établissement datée du 2016-01-05.

Légende :
CII : conseil des infirmières et infirmiers
CM : conseil multidisciplinaire
CMDP : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRSP : comité régional sur les services pharmaceutiques
CSF : conseil des sage-femmes
DI,TSA et DP : déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique
DRMG : département régional de médecine générale
RI-RTF : ressources intermédiaires-ressources de type familial
URFI : unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Poste de président-directeur général, président-directeur général adjoint et hors-cadres — **Déclinaison de la couleur selon le niveau hiérarchique**

Poste cadre supérieur — **Couleurs assorties selon directions générales**

Poste cadre intermédiaire ou services inclus — **Couleurs assorties selon directions générales**

En jaune : transversalité — **Lien hiérarchique** — **Lien fonctionnel**

3.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

3.1.1 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Composition

Membres désignés universitaires

M. Rénald Bergeron,
universités affiliées

Mme Gina Muckle,
universités affiliées

Membres désignés

Mme Sylvie Charbonneau,
comité régional sur les services pharmaceutiques

Mme Violaine Couture,
conseil des infirmières et des infirmiers

M. Stéphane Garneau,
conseil multidisciplinaire

Mme Véronique Vézina,
comité des usagers

2 postes vacants

Membre d'office

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS

Membres indépendants

Mme Monique Carrière, vice-présidente,
expertise en santé mentale

M. Didier Culat,
compétences en vérification, en performance et en gestion de la qualité
(fin de mandat en mars 2019)

Mme Sylvie Dillard,
compétences en gouvernance et éthique

M. Jean-Pascal Gauthier,
compétences en gestion des risques, en finance et en comptabilité

M. Normand Julien,
expertise en réadaptation

M. Simon Lemay, président,
compétence en protection de la jeunesse

Mme Line Plamondon,
expertise dans les organismes communautaires

M. Serge Savaria,
expérience à titre d'usager des services sociaux

M. Réjean Thériault,
compétences en ressources immobilières, informationnelles et humaines

Mme Catherine Truchon,
expertise en réadaptation

Membre non votant fondations

M. Christian Dufour

2 postes vacants

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration

Conformément aux fonctions qui lui sont attribuées en vertu du *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration* (Règlement 02), toutes les déclarations des membres du conseil d'administration ont été reçues sans objet particulier à signaler (voir l'annexe 2).

Aucun manquement n'a été constaté en cours d'année.

3.1.2 COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Composition

Membres

Mme Sylvie Charbonneau,
administratrice du conseil d'administration
(fin de mandat en novembre 2018)

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS

M. Stéphane Garneau,
administrateur du conseil d'administration
(depuis janvier 2019)

M. Normand Julien,
administrateur du conseil d'administration
(depuis janvier 2019)

M. Simon Lemay, président,
président du conseil d'administration

Mme Line Plamondon,
administratrice du conseil d'administration

Membre invitée

Mme Annie Caron,
directrice des affaires juridiques et institutionnelles

Mandat

Le comité de gouvernance et d'éthique exerce les fonctions prévues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS). Il doit notamment élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement, soit un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration (CA) ; il doit également procéder à l'évaluation du fonctionnement du CA, selon les critères approuvés par celui-ci.

Faits saillants

Composition des comités du conseil d'administration

Conformément au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration*, le comité de gouvernance et d'éthique a déterminé la composition des comités du CA, laquelle a été adoptée à la séance du 6 novembre 2018.

Plan d'action 2018-2020 du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Le comité a participé à la démarche d'élaboration du Plan d'action 2018-2020 qui décrit les états visés pour chacun des piliers du Vrai Nord, et en a notamment adopté les 15 objectifs prioritaires.

Plan de communication organisationnel 2019-2021

Le comité a adopté les objectifs et les stratégies qui décrivent les priorités de l'organisation et assurent la cohérence des actions.

Processus d'évaluation du fonctionnement du CA, de la contribution de son président et de ses membres

Le comité a procédé à l'analyse des résultats d'évaluation du fonctionnement du CA, de la contribution de son président et de ses membres. L'exercice a permis au comité d'apporter des modifications à l'égard des séances et des rencontres de travail.

Préparation de la visite d'Agrément Canada à l'automne 2019

→ Le comité de gouvernance et d'éthique a été désigné comme comité responsable du suivi des actions liées à la norme gouvernance. Il a établi un plan d'action, lequel est suivi de façon périodique par le CA, afin de déterminer les processus à mettre en place ou à surveiller en vue de la visite d'Agrément Canada à l'automne 2019.

→ Un rappel sur la démarche d'agrément a été effectué à l'égard du rôle du CA, des processus prioritaires, du cadre d'éthique, de la sécurité civile et des mesures d'urgence.

Autres sujets ayant fait l'objet de points de décision

→ Présence d'invités consultants aux comités du CA.

→ Budget de fonctionnement.

→ Rencontre d'élaboration de la planification stratégique 2020-2025 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Formations priorisées par le comité de gouvernance et d'éthique et offertes aux membres du CA en 2018-2019

→ Formation sur la gouvernance par l'École nationale d'administration publique.

→ Plan de transformation en santé mentale.

→ Gouvernance médicale.

→ Enjeux et responsabilités des réseaux locaux de services.

→ Gestion intégrée des risques.

3.1.3 COMITÉ DE VÉRIFICATION

Composition

Membres

Mme Sylvie Dillard
(depuis novembre 2018)

M. Jean-Pascal Gauthier

M. Normand Julien, président
(président depuis février 2019)

M. Jean Brown
(fin de mandat en septembre 2018)

Membres invités

M. Stéphane Bussières,
directeur des ressources financières

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS

Mme Lise Levesque, secrétaire

Mandat

Le comité de vérification exerce les fonctions prévues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Il effectue le suivi périodique du budget annuel de l'établissement, examine les états financiers avec l'auditeur externe, s'assure que soient mis en place et appliqués un processus de gestion des risques et des mécanismes de contrôle interne adéquats et efficaces.

Faits saillants

Suivi périodique du budget (à la fin de quatre périodes)

→ Examen des résultats financiers 2018-2019.

→ Analyse des écarts entre les résultats et les prévisions budgétaires ainsi que des risques financiers identifiés.

États financiers 2017-2018

En collaboration avec le Vérificateur général, le comité a procédé à l'examen des états financiers 2017-2018. Il s'est assuré, entre autres, que les états financiers soient conformes aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

États financiers 2018-2019

Le Vérificateur général a présenté au comité son plan d'audit qui a permis aux membres du comité de comprendre la stratégie et l'étendue de l'audit des états financiers 2018-2019.

Recommandations du Vérificateur général – états financiers 2018-2019

Le comité a examiné les recommandations du Vérificateur général quant aux améliorations à apporter ainsi que les commentaires et le plan d'action préparés par la Direction des ressources financières.

Entente bancaire

Le comité a été saisi de la révision du processus lié aux opérations bancaires et a examiné le projet d'entente bancaire avec une institution financière.

Autres sujets

→ Examen du rapport financier annuel du Fonds de santé au travail.

→ Examen des frais de déplacement, de séjour et des dépenses de fonction du président-directeur général, du président-directeur général adjoint et de la directrice générale adjointe.

→ Agrément Canada – examen de la partie du plan d'action concernant les ressources financières.

3.1.4 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Composition

Membres

Mme Monique Carrière, présidente,
vice-présidente du conseil d'administration

Mme Dominique Charland,
commissaire aux plaintes et à la qualité des services

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS

M. Normand Julien,
administrateur du conseil d'administration
(fin de mandat en octobre 2018)

Mme Catherine Truchon,
administratrice du conseil d'administration
(depuis novembre 2018)

Mme Véronique Vézina,
administratrice du conseil d'administration et personne désignée par le comité des usagers du centre intégré

Membres invitées

Mme Caroline Hardy, secrétaire,
technicienne en administration

Mme Natalie Petitclerc,
directrice générale adjointe, soutien, administration et performance

Mandat

Le comité de vigilance et de la qualité est responsable d'assurer, auprès du CA, le suivi des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé ou de services sociaux relativement aux plaintes.

Le comité est aussi responsable de coordonner l'ensemble des activités des instances mises en place au sein de l'établissement relatives à la pertinence, à la qualité, à la sécurité ou à l'efficacité des services rendus, au respect des droits des usagers ou au traitement de leurs plaintes, et d'assurer le suivi de leurs recommandations.

Faits saillants

→ Analyse des rapports trimestriels sur la gestion des risques et la qualité des services.

- → Analyse des rapports trimestriels du Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique et suivi de ses travaux dans ses quatre composantes.
- → Appréciation des résultats de l'évaluation de l'expérience usager en CHSLD auprès de 1 053 personnes de même que ceux du sondage de l'expérience usager au commissariat aux plaintes et à la qualité des services.
- → Recommandation au conseil d'administration d'adopter plusieurs politiques et règlements en lien avec la qualité et la sécurité des soins et des services :
  - La politique et la procédure relative à la déclaration et à la gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services ;
  - Le règlement relatif à la divulgation des événements ;
  - La Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité ;
  - La Politique relative à l'hygiène des mains ;
  - Le protocole sur l'encadrement intensif.
- → Rencontre avec l'ensemble des conseils professionnels.
- → Appréciation du rapport d'évaluation de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes réalisé en 2018. De ce rapport découle un plan d'action qui sera réalisé tout au long de l'année 2019 en vue de rehausser la qualité et d'harmoniser les pratiques dans toutes les installations offrant ce type de service.
- → Intérêt envers les impacts de la Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité pour le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services.
- → Suite du plan d'action intégré du Jeffery Hale – Saint Brigid's portant sur la qualité des services au Centre d'hébergement et de soins de longue durée Saint Brigid's.

3.1.5 COMITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Composition

Membres

Mme Violaine Couture,
administratrice du conseil d'administration

M. Didier Culat,
administrateur du conseil d'administration
(fin de mandat en mars 2019)

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS

Mme Line Plamondon,
administratrice du conseil d'administration
(depuis décembre 2018)

M. Guy Thibodeau,
président-directeur général adjoint du CIUSSS

Mme Véronique Vézina,
administratrice du conseil d'administration
(fin de mandat en septembre 2018)

Mandat

Le comité sur les soins et les services s'assure de la réalisation des orientations stratégiques de l'établissement au regard de l'accessibilité, de la proximité et de l'intégration des soins et des services offerts aux usagers et à leurs proches. Il s'assure aussi de l'atteinte des objectifs fixés pour chacun de ces volets et en surveille les principaux indicateurs.

Faits saillants

Des invités sont venus présenter divers dossiers et le comité a pu ainsi approfondir des sujets qui ne peuvent l'être lors de séances du conseil d'administration tels que :

- Le plan d'action pour diminuer les niveaux de soins alternatifs (NSA) et développer des services à domicile dans la communauté ;
- La présentation du projet d'hospitalisation à domicile ;
- Le cadre de référence en organisation communautaire ;
- L'état de situation en lien avec le projet pilote sur l'accès intégré harmonisé ;
- Les mécanismes de concertation internes et externes dans le cadre de la légalisation du cannabis ;
- Le projet CHSLD Alzheimer ;
- L'évolution de l'offre de service en santé mentale adulte ;
- Le choix éclairé du patient : présentation de la Dre France Légaré sur la décision partagée pour une approche centrée sur l'usager ;
- Le plan d'action en protection de la jeunesse : agir sur les conditions d'accès, de qualité et de continuité des services en protection de la jeunesse ;

- Le bilan de la Direction de la protection de la jeunesse.

3.1.6 COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

Composition

Membres

Mme Monique Carrière,
vice-présidente du conseil d'administration

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS

Mme France Goudreault,
directrice des ressources humaines et des communications

M. Serge Savaria, président,
administrateur du conseil d'administration

M. Réjean Thériault,
administrateur du conseil d'administration
(depuis décembre 2018)

Mme Catherine Truchon,
administratrice du conseil d'administration

Membres invités

M. Martin Bergeron,
directeur adjoint du développement organisationnel et du soutien à la transformation

M. René Bouchard,
directeur adjoint des communications
(fin de mandat en janvier 2019)

M. Vincent Lamontagne,
directeur adjoint des communications
(depuis mars 2019)

M. Jean-Michel Ross,
directeur adjoint des relations de travail, des conditions de travail des cadres et de la gestion intégrée de la présence au travail

Mandat

→ Veiller à ce que les priorités et les stratégies retenues qui visent le personnel soient conformes aux orientations stratégiques adoptées en matière de gestion des ressources humaines.

→ S'assurer du respect des valeurs prônées par l'établissement et de son engagement à fournir un milieu de travail sain, valorisant et stimulant pour tous.

→ Présenter des recommandations au conseil d'administration sur les politiques en matière de gestion des ressources humaines.

Faits saillants

Projet 5.1 : Intensifier les pratiques de prévention afin de favoriser la santé, la sécurité et la qualité de vie au travail

→ Mise en place d'équipes de soutien auprès des directions ciblées en vue d'éliminer les risques qui compromettent la santé et la sécurité du personnel.

Projet 8.1 : Renforcer les pratiques exemplaires du leadership de proximité afin de susciter l'engagement des personnes

→ Soutien du personnel cadre et développement de leurs compétences de gestion.

Projet 9.1 : Mettre en place des activités pour les employés afin de reconnaître les contributions des personnes

→ Préparation de la première Soirée de reconnaissance en mai 2019.

Projet 10.1 : Optimiser la gestion des effectifs et les structures de postes afin d'augmenter la disponibilité et la stabilité des équipes

→ Négociation des nouvelles conventions collectives et rehaussement des postes.

Projet 10.2 : Attirer, développer et intégrer des personnes afin d'offrir des soins et des services à la population

→ Recrutement à l'étranger et formation rémunérée des PAB-ASSS.

Nous tenons à souligner la contribution des membres du CRH-CA aux comités de sélection.

3.1.7 COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION

Composition

Membres

M. Rénald Bergeron, président,
vice-recteur aux affaires externes, internationales et à la santé de l'Université Laval, représentant des universités affiliées

Mme Sylvie Charbonneau,
pharmacienne, représentante du Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS

Mme Gina Muckle,
vice-doyenne aux études, École de psychologie de l'Université Laval, représentante des universités affiliées

Membres invités

M. Yves De Koninck,
directeur de la recherche

M. Martin Lafleur,
directeur de l'enseignement et des affaires universitaires

Mme Chantal Pilote, secrétaire,
adjointe à la coordination administrative de la recherche

Mandat

Ce comité veille à la réalisation des orientations stratégiques de la mission universitaire de l'établissement et à l'atteinte des objectifs de rendement fixés pour chacun des volets de la mission. Il s'assure que l'établissement prenne les moyens pertinents pour promouvoir et développer ses connaissances et ses expertises par la recherche et l'innovation. Enfin, le comité fournit aux étudiants un encadrement et un environnement d'apprentissage qui favorisent la réussite académique.

Faits saillants

→ Les travaux du comité des affaires universitaires et de l'innovation, en 2018-2019, ont contribué à l'intégration d'un nouveau pilier du Vrai Nord, Savoirs et Innovation, inscrit au Plan d'action 2018-2020. Le Vrai Nord constitue la raison d'être du CIUSSS et la fondation de la gouvernance de son plan d'action. Il est le repère guidant les comportements de gestion de l'organisation. Le pilier Savoirs et Innovation fait référence au développement et au partage des connaissances scientifiques ou expérientielles pour des soins et des services exemplaires et avant-gardistes. Ce pilier vise à utiliser les bonnes pratiques, et ce, au profit de la clientèle.

→ Les membres du comité ont discuté des enjeux liés à l'intégration et à l'arrimage des différents volets de la mission de l'établissement, du contrat d'affiliation, et revu le mandat du comité.

→ Le comité est fier de la cote « exceptionnelle » accordée au Centre de recherche CERVO par les membres du jury lors du renouvellement de la subvention régulière des centres du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS).

3.1.8 COMITÉ CONSULTATIF DU JEFFERY HALE – SAINT BRIGID'S

Composition

Membres désignés

Mme Amie Deschamps,
conseil multidisciplinaire

Mme Brenda Edwards, vice-présidente,
corporation propriétaire (gouverneurs)

Mme Mary Robertson,
comité des usagers du Jeffery Hale – Saint Brigid's (JHSB)

Dre France-Valérie Roy,
conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Mme Tania Verreault-Gravel,
conseil des infirmières et des infirmiers

M. Richard Walling, président,
Fondation des Amis du JHSB

Membres nommés

Mme Brigitte Paquette,
directrice adjointe au président-directeur général adjoint du CIUSSS, soutien à la communauté anglophone

M. Guy Thibodeau,
président-directeur général adjoint du CIUSSS, directeur du JHSB

Membres cooptés représentant la communauté d'expression anglaise

Mme Gina Farnell,
volet jeunesse

Mme Brigitte Wellens,
volet nouveaux arrivants

Mandat

En vertu de l'article 211 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, le comité consultatif du JHSB a comme fonctions de :

- Veiller à ce que le conseil d'administration du centre intégré[1] soit informé des besoins particuliers de la communauté anglophone en matière de services de santé et de services sociaux et lui recommander des mesures propres à assurer l'adéquation de ces besoins et des services dispensés dans les installations de l'établissement regroupé ;

1. Le centre intégré dont il est question dans le texte réfère au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

- Faire des recommandations au conseil d'administration du centre intégré sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement regroupé ;
- Assurer la liaison entre le centre intégré, l'établissement regroupé, ses membres, la fondation de l'établissement regroupé et la communauté anglophone de la région ;
- Faire des recommandations au conseil d'administration du centre intégré en vue d'assurer la continuité des services dispensés en langue anglaise dans les installations de l'établissement regroupé, d'en améliorer la qualité et d'en favoriser le développement ;
- Émettre son avis sur le plan d'organisation préparé en application de l'article 183 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en ce qui concerne la structure, la direction, les services et les départements du centre intégré ;
- Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration du centre intégré.

De façon plus générique, en vertu de l'article 148, le comité consultatif est également chargé d'établir ses règles de fonctionnement et de faire des recommandations au conseil d'administration sur les moyens à mettre en place pour préserver le caractère culturel, historique, linguistique ou local du JHSB et, le cas échéant, d'établir les liens nécessaires avec sa fondation et les responsables des activités de recherche.

Faits saillants

Cette année, le comité consultatif a poursuivi ses travaux au regard de plusieurs dossiers.

→ Sa gouvernance.

→ Ses objectifs.

→ Les projets organisationnels du JHSB :

- Le Centre d'expertise sur l'adaptation aux communautés d'expression anglaise en santé et en services sociaux ;
- Le campus Saint Brigid's Home ;
- Le développement de l'offre de service médicale de première ligne au JHSB (projet GMF-UR ou superclinique à l'urgence du Jeffery Hale) ;
- L'amélioration du climat organisationnel et de la qualité du milieu de vie bilingue au CHSLD Saint Brigid's Home et le rôle de la communauté d'expression anglaise et des partenaires dans l'établissement ;
- Le comité stratégique sur les services aux aînés d'expression anglaise qui doit assurer le développement, améliorer l'accès et répondre aux enjeux structurels et organisationnels qui prévalent à Saint Brigid's et qui posent des défis importants sur la qualité des soins et des services aux résidents, ainsi qu'à la qualité du milieu de vie bilingue et au climat de travail du personnel ;
- Le bilan des axes de travail et la proposition d'un mandat élargi à l'ensemble de l'offre de service du JHSB et au suivi des projets organisationnels de l'établissement regroupé à compter de 2019-2020.

→ Le comité stratégique des ressources humaines pour la mise en place des mécanismes visant l'amélioration du recrutement, de la dotation et de la rétention du personnel bilingue et des processus d'intégration.

→ La consolidation avec les directions cliniques afin d'assurer la continuité et la qualité des services offerts au JHSB, tant aux communautés anglophones qu'ethnoculturelles.

→ La Politique en matière de langue de service et son adaptation à l'échelle du CIUSSS.

→ Au-delà de la reconnaissance de leur statut légal, le comité consultatif et la direction du JHSB soutiennent le développement continu de l'établissement regroupé, sa contribution à l'offre de service régionale et à son rayonnement.

Ces réalisations sont possibles grâce à l'étroite collaboration des trois grands partenaires impliqués au JHSB : le CIUSSS, premier responsable, ainsi que les acteurs locaux du JHSB et la communauté d'expression anglaise.

3.1.9 COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET DE L'ENSEIGNEMENT

Composition

Mme Marie-France Allen,
conseillère cadre du Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique

Mme Magali Béchard,
membre désignée par le conseil des sages-femmes

M. Érick Benoit,
répondant de la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Mme Suzanne Bernier,
membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens désignée par l'exécutif

Mme Sylvie Boulet,
usagère désignée par le comité des usagers du centre intégré

M. Michael Burns,
répondant de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

M. Charles Dumas,
personne désignée par le Centre SpiritualitéSanté

Mme Martine Gauthier,
répondante de la Direction du programme Jeunesse

M. Jean-François Giguère, vice-président,
conseiller cadre en psychologie

Dr Jacques Girard,
répondant de la Direction de santé publique

Me Michel T. Giroux,
expert-conseil, avocat et éthicien

Mme Anne Jougit,
répondante de la communauté anglophone

Dre Caroline Kochuyt,
Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Mme Sandra Labrie,
répondante de la Direction de la protection de la jeunesse

Mme Catherine Matte,
membre désignée par le conseil multidisciplinaire

Mme Sylvie Morin,
répondante de la Direction des programmes Santé mentale et Dépendances

Mme Marie-Christine Perron,
membre désignée par le comité exécutif du conseil des infirmières et des infirmiers

Mme Natalie Petitclerc,
directrice générale adjointe, soutien, administration et performance

Dre Nancy Michelle Robitaille,
Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique

M. Serge Savaria,
membre désigné par le conseil d'administration

M. Laval Tardif,
répondant des aides-soignants

Mme Paule Terreau, présidente,
répondante de la Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique

Vacant : médecin spécialisé en psychiatrie (en cours de sélection)

Mandat

Le comité d'éthique clinique et de l'enseignement (CECE) vise l'amélioration de la qualité des services aux usagers en facilitant la résolution des problèmes éthiques dans le cadre de la pratique clinique et de l'enseignement. Ce comité est responsable de l'émission des lignes directrices et doit s'assurer de l'application des meilleures pratiques. Les membres du CECE participent aux diverses consultations éthiques et répondent spécifiquement aux consultations complexes et institutionnelles.

Faits saillants

- → Au cours de l'année, il y a eu 72 demandes de soutien adressées au Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique (BPUE) dont 41 ont nécessité une consultation impliquant le CECE ; 23 ont été répondues par le BPUE et huit ont été adressées à d'autres directions. Les principales préoccupations portaient sur la qualité et la continuité des services, le consentement et l'aptitude, la confidentialité, les défis de collaboration avec l'usager.
- → Cinq comités consultatifs en éthique (CCE), comptant chacun de six à douze personnes, sont maintenant actifs au sein du CIUSSS. Ces comités ont pour mandat de promouvoir la réflexion éthique au sein des directions de programmes. Au cours de l'année, les membres des CCE ont reçu une vingtaine d'heures de formation offerte par un expert-avocat éthicien.
- → L'élaboration et la diffusion auprès du personnel de quatre capsules éthiques ont contribué au transfert de connaissances.
    1. Le mineur de plus de 14 ans et le caractère confidentiel des informations.
    2. Dilemme entre le respect de la volonté parentale et le mieux-être de l'enfant.
    3. Collaboration difficile : quelles sont nos responsabilités ?
    4. L'usager en perte d'autonomie et sa participation aux décisions qui le concerne.

Enfin, il y a eu la diffusion d'une fiche synthèse expliquant la structure de gouvernance de l'éthique clinique et de l'enseignement, rappelant l'importance du cadre éthique et du code d'éthique, qui confirme l'engagement du CIUSSS et les conduites éthiques attendues de tous au sein de l'établissement.

3.1.10 COMITÉS D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE SECTORIELS

Composition

Membres – secteur jeunes en difficulté et leur famille

Mme Nicole Beaudry,
spécialisée en droit

M. Pierre-Maurice Ferland,
spécialisé en éthique

Mme Rachel Gallant,
spécialisée en éthique

Mme Monique Gauthier,
spécialisée en droit

Mme Anne-Christine Langevin,
représentante de la collectivité

Mme Danielle Légaré,
représentante du milieu clinique

M. Gilles Mireault, président,
représentant du milieu scientifique

M. Jacques Pouliot,
représentant de la collectivité

Mme Marie Simard,
représentante du milieu scientifique

M. Jacques Vachon,
représentant du milieu scientifique

Membres – secteur santé des populations et première ligne

M. Sylvain Auclair,
spécialisé en éthique

M. Jean-Marc Chouinard,
représentant de la collectivité

Mme Lynn Gauthier,
représentante du milieu scientifique

Mme Anne-Catherine Hatton,
spécialisée en droit

Mme Nathalie Jauvin,
représentante du milieu scientifique

Mme Edeltraut Kroger,
représentante du milieu scientifique

M. Jean Maziade, président,
spécialisé en éthique

Mme Louise Michaud,
représentante du milieu clinique

M. Jean-Maurice Paradis,
représentant de la collectivité

Mme Isabelle Tremblay,
représentante du milieu clinique

Membres – secteur neurosciences et santé mentale

Mme Véronique Bizier,
représentante du milieu scientifique

M. Didier Caenepeel,
spécialisé en éthique

Mme Sophie Chantal, présidente,
représentante du milieu scientifique

M. Denis Cliche,
représentant du milieu scientifique

M. Pierre Duchesne,
représentant de la collectivité

Mme Monique Garant,
représentante du milieu scientifique

Mme Ana Marin,
spécialisée en éthique (substitut)

M. Stéphane Poulin,
représentant du milieu scientifique

Mme Anne Marie Savard,
spécialisée en droit

Mme Chantal Vallières,
représentante du milieu scientifique

M. Julien Voisin,
représentant du milieu scientifique

Membres – secteur réadaptation et intégration sociale

M. Sylvain Auclair, président,
spécialisé en éthique

Mme Lucie D'Anjou,
représentante du milieu clinique

M. Jean-Michel Durand,
représentant de la collectivité

Mme Luce Garneau,
spécialisée en droit (substitut)

Mme Ariane Imreh,
spécialisée en droit

Mme Désirée Maltais,
représentante du milieu scientifique

M. Pascal Minville,
représentant de la collectivité

M. Jacques Vachon,
représentant du milieu scientifique

M. Claude Vincent,
représentant du milieu scientifique (substitut)

M. Julien Voisin,
représentant du milieu scientifique

Mandat

Ces comités sont désignés par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 21 du *Code civil du Québec*. Ils relèvent du conseil d'administration de l'établissement et veillent à assurer la sécurité et le bien-être des participants aux projets de recherche. Ils s'assurent également que la recherche se déroule conformément aux principes scientifiques et éthiques.

Faits saillants

Du 1er avril 2018 au 31 mars 2019, 119 nouveaux projets de recherche ont été évalués par les quatre comités d'éthique de la recherche sectoriels (CER-S) du CIUSSS.

Projets évalués par chacun des CER-S, durant l'année

→ Neurosciences et santé mentale : 25

→ Réadaptation et intégration sociale : 53

→ Santé des populations et première ligne : 28

→ Jeunes en difficulté et leur famille : 1

Le bureau de gestion des projets de recherche est la voie d'entrée pour déposer tout projet de recherche en vue d'une évaluation éthique ainsi que pour la coordination des examens de convenance et des évaluations scientifiques. Au 31 mars 2019, il a coordonné 21 évaluations scientifiques, 47 projets multicentriques et suivi 484 projets. En 2018, il y a eu la reconduction de la désignation du CER-S Santé des populations et première ligne pour la période du 1er octobre 2018 au 30 septembre 2021. La table des présidents s'est réunie trois fois durant l'année. Les rencontres avaient pour objectif d'harmoniser le fonctionnement des CER-S.

3.1.11 COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Composition

Membres

Mme Céline Allard,
directrice du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (fin de mandat en mars 2019)

M. François Aumond,
directeur des services professionnels

Mme Lisane Boisvert,
directrice des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique

Mme Sylvie Bonneau, vice-présidente,
directrice des soins infirmiers

Mme Micheline Boucher,
représentante des usagers
(fin de mandat en septembre 2018)

Mme Michèle Carrier,
pharmacienne, représentante du CMDP

Mme Marlène Chevanel, secrétaire,
gestionnaire des risques de l'établissement et directrice adjointe de la qualité et de l'évaluation

Mme Barbara Dallaire,
coordonnatrice logistique

M. Patrick Duchesne,
directeur des programmes Santé mentale et Dépendances

Mme Sonia Dugal,
adjointe au directeur de santé publique

Mme Ghislaine Duranceau,
directrice du programme Jeunesse

Mme Sylvie Frenette,
directrice adjointe des services techniques

Mme Dominique Jobin,
directrice de la protection de la jeunesse

M. Martin Lévesque,
représentant du CII

Mme Natalie Petitclerc,
directrice générale adjointe, soutien, administration et performance

Mme Stéphanie Paquet,
représentante du CM
(depuis septembre 2018)

Dr Jacques Ringuet,
représentant du CMDP

Mme Ester Ross,
représentante des usagers
(depuis septembre 2018)

Mme Rébecca St-Onge,
représentante du conseil des sages-femmes

Mme Isabelle Simard, présidente,
directrice des services multidisciplinaires

M. David Tardif,
adjoint à la sécurité civile et aux mesures d'urgence

M. Dominique Trépanier,
représentant du CM
(fin de mandat en septembre 2018)

Mandat

Le comité de gestion des risques a pour mandat, par le biais du comité de vigilance et de la qualité, d'assurer au CA que l'établissement respecte les règlements, les

politiques et les protocoles au regard de la gestion des risques et qu'il remplisse ses obligations en ce qui a trait à la sécurité des usagers. Il est garant des principes, des procédures, des règles et du suivi de l'application des orientations approuvés par le CA de l'établissement. Le comité exerce donc un rôle de vigie pour la mise en place de la gestion des risques. Il se fait le promoteur de la sécurité des soins et des services offerts et soutient le personnel et les professionnels dans la recherche et le développement de moyens pour accroître la sécurité des usagers.

Fonctions

En application de l'article 183.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), le comité de gestion des risques assure les fonctions suivantes :

- Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence ;
- S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches ;
- Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au CA de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents, ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Faits saillants

Les principales actions menées par le comité de gestion des risques au cours de l'année 2018-2019 ont été les suivantes :

- Le comité a pris connaissance des activités réalisées par les sous-comités de gestion des risques lors de chaque séance. À toutes les rencontres, les porte-paroles des sous-comités ont été invités à faire part des travaux qu'ils réalisent et des enjeux identifiés en matière de qualité et de sécurité des soins ;
- Le comité a analysé quatre rapports trimestriels de la qualité et de la gestion des risques. Il s'est assuré que les recommandations émises préviennent la récurrence des événements ;
- Le comité a pris connaissance des travaux en lien avec les plans d'action suivants :
  - Plan d'action sur la sécurité alimentaire,
  - Plan d'action sur l'actualisation des pratiques et outils cliniques en matière de fugues,
  - Plan d'action sur la prévention des chutes,
  - Plan d'action sur la prévention du suicide.

Ces plans d'action sont issus des priorités identifiées par le comité de gestion des risques pour améliorer la qualité et la sécurité des services.

3.1.12 COMITÉ DE RÉVISION

Le comité de révision est composé de trois membres, soit deux médecins de l'établissement et un administrateur du conseil d'administration du CIUSSS.

Composition

Membres

M. Didier Culat, président,
administrateur du conseil d'administration
(fin de mandat en mars 2019)

Dre Geneviève Falardeau,
médecin de famille

Dr Jacques Ringuet,
médecin de famille

Mandat

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen d'une plainte de l'usager par le médecin examinateur. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'usager, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et les normes professionnelles.

Au terme de sa révision, le comité doit communiquer, par écrit, un avis motivé à l'usager, au professionnel concerné, au médecin examinateur et à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de révision peut recourir à l'une des options suivantes :

- Confirmer les conclusions du médecin examinateur ;
- Requérir de ce dernier qu'il effectue un complément d'examen ;
- Recommander au médecin ou aux parties toute mesure de nature à les réconcilier ;
- Lorsque requis, une copie de la plainte est acheminée au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour son étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cette fin.

La décision du comité de révision est finale et ne peut être révisée.

Enfin, la LSSSS prévoit que le comité de révision transmette au conseil d'administration, au CMDP et à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, au moins une fois par année, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision et de ses conclusions.

Faits saillants

Au cours de l'année 2018-2019, le comité de révision a reçu six demandes de révision et en a conclu quatre comparativement à trois l'an dernier. Le comité de révision a confirmé les conclusions du médecin examinateur dans les quatre dossiers examinés.

3.1.13 COMITÉ DES USAGERS DU CENTRE INTÉGRÉ

Composition

Membres

Mme Micheline L. Boucher,
comité des usagers de Québec-Nord et comité de résidents du Centre d'hébergement de Charlesbourg

Mme Louise Desgagné,
comité des usagers de Charlevoix et comité de résidents du Centre d'hébergement de soins de longue durée de Baie-Saint-Paul

M. Gilles Fournier,
comité des usagers de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec

Mme Sylvie Frenette,
comité des usagers de Portneuf

M. Gaston Gamache, trésorier,
comité des usagers de la Vieille-Capitale et comité de résidents du Centre d'hébergement de Limoilou

Mme Huguette Lachapelle,
comité des usagers de Québec-Nord et comité de résidents du Centre d'hébergement Yvonne-Sylvain

Mme Marie B. Lemieux, vice-présidente,
comité des usagers du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec

Mme Yolande Massé,
comité des usagers du Centre jeunesse de Québec

Mme Mary Robertson,
comité des usagers du Jeffery Hale et comité de résidents du Saint Brigid's Home

Mme Esther Ross,
comité des usagers de la Vieille-Capitale

Mme Marie-Michèle Thériault, secrétaire,
comité des usagers du Centre de réadaptation en dépendance de Québec

Mme Colette Vandal,
comité des usagers de Charlevoix

Mme Véronique Vézina, présidente,
comité des usagers de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Vacants : Portneuf et Jeffery Hale

Mandat

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI) a la responsabilité d'assurer les fonctions de représentation, de coordination et d'harmonisation auprès et au nom des comités des usagers continués (CUC) et des comités de résidents (CR). Il veille conjointement avec les CUC et les CR à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits. Tout comme les CUC et les CR, il est le porte-parole des usagers (et des résidents) auprès des instances de l'établissement. Il a une préoccupation particulière envers les groupes d'usagers les plus vulnérables et il promeut l'amélioration.

Faits saillants

Au cours de l'année, le CUCI s'est impliqué dans divers comités au sein du CIUSSS :

- Conseil d'administration du CIUSSS ;
- Comité de vigilance et de la qualité ;
- Comité sur les soins et les services ;
- Comité-conseil du modèle intégré du partenariat avec l'usager ;
- Comité sur l'évaluation de l'expérience des usagers ;
- Comité sur l'amélioration de l'offre de service alimentaire ;
- Comité d'éthique clinique et de l'enseignement.

Le CUCI a coordonné un appel de projets spéciaux auprès de l'ensemble des comités des usagers, produit une brochure sur les droits des usagers et réalisé une analyse du cadre de référence des comités des usagers du MSSS. Il a activement soutenu des comités des usagers et de résidents dans l'actualisation de leur mandat et a coopéré à l'embauche d'une personne-ressource. Enfin, le CUCI a participé au Forum des usagers en CHSLD et soutien à domicile et aux rencontres de la table provinciale des CUCI.

3.1.14 CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Composition

Membres

Dr François Aumond, membre d'office, directeur des services professionnels (depuis août 2018)

M. Louis Boisvert, secrétaire, pharmacien

Dr Jacques Bouchard, président, médecin de famille

Dr François Brunet, médecin de famille

Dr Pierre Carrier, médecin de famille

Mme Sylvie Charbonneau, pharmacienne

M. Michel Delamarre, membre d'office, président-directeur général du CIUSSS

Dre Julie Dorval, médecin de famille

Dr Bruno Gagnon, médecin de famille

Dr Yvan Gauthier, 1er vice-président, psychiatre

Dre Nathalie Gingras, 2e vice-présidente, pédopsychiatre

Dr Pierre Laliberté, membre d'office, directeur des services professionnels (fin de mandat en août 2018)

Dre Caroline Mercier, médecin de famille

Dr Jacques Morin, gériatre

Mme Lucie Raymond, trésorière, pharmacienne

Dr François Rousseau, psychiatre

Dre Sonia Sylvain, médecin de famille

Mandat

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) doit instituer un comité d'examen des titres, un comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique et un comité de pharmacologie (réf. : *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, article 90).

Lorsqu'aucun chef de département clinique n'est désigné, le CMDP exerce la responsabilité dévolue au chef de département clinique en vertu du premier alinéa de l'article 190 de la LSSSS, soit principalement la surveillance de la façon dont s'exercent la médecine, la médecine dentaire et la pharmacie dans ce département (réf. : LSSSS, article 190).

À la demande du conseil d'administration, le CMDP doit élaborer les règles de soins médicaux et dentaires ainsi que les règles d'utilisation des médicaments lorsque le chef de département clinique néglige de le faire (réf. : LSSSS, article 190).

Dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficients aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont celui-ci dispose (réf. : LSSSS, article 214).

Faits saillants

Demandes entérinées par le conseil d'administration

→ Nominations : 80

→ Modifications des privilèges : 34

→ Démissions : 80

Recommandations au conseil d'administration

Résolution présentée à l'assemblée générale quant au manque d'effectifs médicaux en médecine de famille à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUMSQ).

Adoptions par le comité exécutif

→ Mandat des comités de l'évaluation de l'administration des sédations palliatives continues (SPC) et de l'évaluation de l'administration de l'aide médicale à mourir (AMM).

→ Fiche d'évaluation qualitative (SPC et AMM).

→ Dissolution de deux comités de discipline.

→ Ordonnances collectives :

- Adoptions : 6 ;
- Modification : 1 ;
- Ajouts de secteur : 13 ;
- Retraits : 11 ;
- Non-recommandations pour ajout de secteur : 4.

→ Ordonnances collectives et autres documents :

- État d'avancement des travaux d'harmonisation et de révision de l'ensemble des ordonnances collectives ;
- Enjeux découlant de l'impossibilité d'émettre une ordonnance collective portant sur un médicament contrôlé et retrait de celle-ci (stupéfiants, substances ciblées et benzodiazépines) ;
- Retrait d'ordonnances collectives en raison de la règle de soins infirmiers portant sur le droit de prescrire.

Le comité exécutif a été consulté pour :

- Recommandation :
  - Politiques : 2 ;
  - Procédure infirmière : 1 ;
  - Règlement : 1 ;
  - Règle d'utilisation : 1 ;
  - Protocoles : 2 ;
  - Numérisation par le Service des archives ;
  - Plan d'organisation clinique ;
  - Processus de renouvellement de l'ensemble des membres du CMDP selon le PL-130.
  - De la Dre Geneviève Falardeau au comité de révision ;
  - De la nomination de la Dre Mélanie Hains à titre de chef du Service de gériatrie ;
- Avis favorables :
  - Protocoles : 4 ;
  - Procédures : 2 ;
  - Dossier clinique informatisé ;
  - Autorisation médicale d'un transport ambulancier vers l'urgence d'un centre hospitalier hors corridor de service et hors secteur.

Le comité exécutif a été saisi de :

- Restriction des admissions en psychiatrie à l'IUSMQ ;
- Situation précaire en gériatrie et soins palliatifs dans le secteur de Portneuf ;
- Rupture complète de service en échographie obstétricale à l'Hôpital de La Malbaie.

PORTRAIT DES EFFECTIFS MÉDICAUX AU 31 MARS 2019

Effectifs médicaux	Actif	Associé	Conseil	Honoraire	**Total**
Médecin spécialiste	174	94	17	4	**289**
Médecin de famille	353	84	7	4	**448**
Pharmacien	87	3	0	0	**90**
Dentiste	5	6	1	0	**12**
TOTAL	**619**	**187**	**25**	**8**	**839**

DOSSIERS ÉTUDIÉS AU COURS DE L'EXERCICE

Effectifs médicaux	Nomination	Démission	Modification	**Total**
Médecin spécialiste	15	25	1	**41**
Médecin de famille	32	27	18	**77**
Pharmacien	3	1	0	**4**
Dentiste	1	0	0	**1**
TOTAL	**51**	**53**	**19**	**123**

Visite du Collège des médecins du Québec

Le Collège des médecins du Québec a visité des installations de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul et de l'Hôpital de La Malbaie pour le secteur de l'urgence. Des recommandations ont été transmises au CMDP et un suivi des recommandations est en cours.

Communications

Diffusion de façon périodique d'un bulletin de communication, *CMDP à la Une* pour un total de 7 publications.

Les priorités du comité exécutif

Accessibilité et continuité

→ Mise en action de la structure départementale.

→ Élaboration du plan d'organisation PEM 2018-2019 (médecine de famille et spécialités) pour éviter les ruptures de services dans les installations du CIUSSS.

→ Collaboration avec tous les services et les programmes pour l'amélioration de l'accessibilité des services.

Qualité et sécurité

→ Opérationnalisation du rôle du comité central de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique et déploiement sur le terrain.

→ Suivi des dossiers des différents comités.

→ Suivi des procès verbaux des réunions de département.

→ Augmentation du taux d'hygiène des mains chez les médecins, les dentistes et les pharmaciens.

Valorisation des personnes

→ Accroître la participation des usagers dans la résolution de problèmes et dans l'amélioration continue des processus.

→ Améliorer l'efficacité des communications afin que chaque personne ait accès à l'information dont elle a besoin pour réaliser son travail, s'impliquer et se développer.

→ Intégrer les nouveaux cliniciens.

Efficience des ressources

→ Améliorer la pertinence et l'efficience des pratiques cliniques.

→ Faire participer davantage les conseillers (responsabilité).

Savoirs et innovation

→ Connaître et publiciser les projets d'innovation et les projets de recherche en cours dans notre établissement.

3.1.14.1 COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE CENTRAL

Composition

Membres

Dr Pierre Carrier, président,
médecin de famille
(fin de mandat en février 2019)

Mme Caroline Charest,
pharmacienne

Dr Frédéric Charland,
psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, centre de pédopsychiatrie, Résidence du Sacré-Cœur

Dr Bernard Couillard,
médecin de famille, Hôpital Chauveau

Dre Andrée-Anne Delsemme-Therrien,
chirurgie générale, Hôpital de Baie-Saint-Paul

Dr Michel Dugas,
gériatre
(fin de mandat en février 2019)

Dr Yvan Gauthier,
psychiatre
(fin de mandat en janvier 2019)

Dre Hala Hanna,
chirurgie générale, Hôpital de Baie-Saint-Paul

Dre Stéphanie Lapointe,
chirurgie générale, Hôpital de Baie-Saint-Paul

M. Éric Lepage,
chef du Département de pharmacie
(représentant intérimaire)

Dre Louise Moreault,
santé publique et médecine préventive

Dre Karina Rollin,
chirurgie générale, Hôpital de Baie-Saint-Paul

Dr François Rousseau,
psychiatrie adulte, Institut universitaire en santé mentale de Québec
(représentant intérimaire)

Dr Rémi Savard-Dolbec,
médecine interne, Hôpital de Baie-Saint-Paul

Dre Lise Vézina,
médecin de famille

Invité : Dr Jacques Bouchard, chef du Département de médecine générale

Mandat

- → Évaluer la qualité, ainsi que la pertinence des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques donnés aux usagers.
- → Étudier et réviser les diagnostics pré/post-opératoires et anatomopathologiques, les dossiers des usagers avec complications, les interventions chirurgicales sans exérèse, les cas de décès ainsi que le traitement pour les infections nosocomiales et les affections fréquentes.
- → Faire des recommandations au CECMDP.

Faits saillants

- → Composition du comité central.
- → Mise en place de la structure du comité central.
- → Création des sous-comités locaux et nomination des responsables pour la coordination des activités.
- → Plan d'action du comité central en suivi des recommandations du Collège des médecins du Québec (visite d'octobre 2018).
- → Inventaire de la documentation reçue et des formulaires uniformisés.
- → Recommandations au comité exécutif du CMDP en suivi des réunions antérieures.

3.1.14.2 COMITÉ DE DIRECTION DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Composition

Membres

Dr Jacques Bouchard, chef du département, GMF de Charlevoix-Est

Dre Catherine Bouffard-Dumais,
GMF-U de Maizerets

Dr François Brunet,
Hôpital régional de Portneuf, GMF de Portneuf

Dr Jérôme Charest,
installation IUSMQ

Dre Sophie Claude,
GMF Val-Bélair - Valcartier - Sainte-Catherine

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS

Dre Chantal Guimont,
GMF-R MAclinique Lebourgneuf

Dr Daniel Lamontagne,
GMF Orléans-La Source

Dre Annie Richard,
Centre d'hébergement Saint-Antoine, GMF-R Le Mesnil

Dr Stéphane Rioux,
GMF-U Quatre-Bourgeois

Dre Lucie Rodier,
GMF L'Hétrière

Dr Daniel Rizzo,
CHU de Québec-Université Laval, Hôpital Saint-François d'Assise, GMF Charlesbourg

Dr Michel Robitaille,
adjoint au chef du département, GMF-R du Carrefour

Dr Arnaud Samson,
GMF Clinique médicale Sainte-Foy

Permanence

Dr François Aumond,
directeur des services professionnels

Dr Pierre Laliberté,
directeur des services professionnels
(fin de mandat en juillet 2018)

Mme Mélanie Simard,
technicienne en administration

Mandat

Le Département régional de médecine générale (DRMG) a pour mandat d'améliorer l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services de médecine générale. Il définit notamment un plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROS). Il émet ses recommandations au MSSS en prévision des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille et assure leur mise en place.

Faits saillants

Les principaux sujets traités et activités du DRMG sont :

- Suivi rigoureux quant aux activités médicales particulières (AMP) exigées ;
- Mise à jour mensuelle des activités médicales particulières ;
- Participation active aux discussions afin de résoudre les problèmes de découverture dans les installations suivantes : Institut universitaire en santé mentale de Québec, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, Hôpital de La Malbaie et les urgences de la région ;
- Démarches nécessaires en lien avec les recrutements autorisés en médecine de famille au PREM 2019, y compris les postes de nouveaux facturants et les postes de mobilité interrégionale (MIR) ;

- Couverture médicale adéquate et mise en place des correctifs nécessaires dans les secteurs ciblés (urgence, aide médicale à mourir et CHSLD) ;
- Analyse des demandes de priorités de recrutement en omnipratique provenant des différents établissements de la région et, le cas échéant, faire les représentations nécessaires auprès du MSSS pour celles-ci ;
- Rédaction du PROS (dépôt prévu au début de l'année 2019-2020) ;
- Révision des règlements du DRMG qui seront présentés lors de l'assemblée générale annuelle en juin.

3.1.14.3 COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES

Composition

Membres

Dre Laura Béland,
médecin de famille

Dr Pierre Carrier, président intérimaire,
médecin de famille
(depuis février 2019)

Dre Marianne De Grâce,
médecin de famille

Dre Hala Hanna,
chef du Département de chirurgie générale

Dr Pierre Laliberté,
directeur des services professionnels

M. Éric Lepage,
chef du Département de pharmacie,
pharmacien

Dr Simon Patry, président,
psychiatre
(fin de mandat en janvier 2019)

Dre Marie-Claude Potvin-Girard,
pédopsychiatre

Dre Sonia Sylvain,
médecin de famille

Mandat

Le comité d'examen des titres étudie les demandes de nomination des médecins, dentistes et pharmaciens, notamment par l'évaluation de leurs qualifications, de leur compétence scientifique et de leur comportement, et fait rapport au comité exécutif du CMDP du CIUSSS.

Faits saillants

→ 69 demandes de nomination étudiées

→ 34 demandes de modification de privilèges étudiées

→ 73 démissions

3.1.14.4 COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Composition

Membres

M. Christian Aubin,
assistant-infirmier chef

M. Mathieu Audet,
assistant-infirmier chef

Mme Yolaine Dubois,
pharmacienne

Dre Marie-Josée Filteau,
psychiatre

Dre Marlène Julien,
médecin de famille

M. Éric Lepage, président,
chef du Département de pharmacie

Mme Mélanie Paradis,
pharmacienne

Mme Michèle Plante,
pharmacienne

Dre Nancy-Michelle Robitaille,
cardiologue
(fin de mandat en décembre 2018)

Dre Élyse Roy,
médecin de famille

Mandat

Le comité de pharmacologie doit assumer les fonctions suivantes :

- Évaluer les mécanismes de contrôle de l'utilisation des médicaments dans l'établissement, notamment par les études rétrospectives de dossiers d'usagers et les vérifications de l'utilisation des médicaments ;
- Faire l'évaluation des dossiers d'usagers ayant présenté des réactions nocives et des allergies médicamenteuses ;
- Conseiller le chef du Département de pharmacie ou le pharmacien selon les règles d'utilisation des médicaments dans l'établissement ;
- Évaluer les demandes d'utilisation de médicaments aux fins de recherche clinique et fondamentale ou de médicaments de nécessité médicale particulière ;

- Conseiller le chef du Département de pharmacie dans la sélection de médicaments pour utilisation courante à partir de la liste visée à l'article 150 de la LSSSS, en fonction de leur dénomination commune, de leur teneur et de leur forme pharmaceutique ;
- Faire des recommandations au comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Faits saillants

Approbation des travaux du comité de coordination du formulaire

→ Les classes suivantes ont été révisées : classe 8 (anti-infectieux), classe 40 (électrolytes diurétiques), classe 56 (médicaments gastro-intestinaux), classe 68 (androgènes, œstrogènes, etc.) et classe 84 en partie (peau et muqueuse).

→ Accessibilité, amélioration et mise à jour du formulaire de médicaments sur l'intranet du CIUSSS.

→ Analyse de demandes d'ajouts au formulaire de médicaments et de médicaments de nécessité médicale particulière.

→ Rationalisation des produits à conserver à la pharmacie et au magasin.

→ Recommandations sur la gestion sécuritaire des médicaments dans le logiciel de pharmacie.

→ Prise de position quant à certains produits, notamment les probiotiques.

Rédaction d'avis du comité de pharmacologie

→ Durée automatique des antimicrobiens.

→ Posologie unique pour le dextrose : doses pédiatriques.

→ Ajout du Suboxone[MD] (buprénorphine/naloxone) au formulaire.

→ Administration de la vitamine C IV dans l'une de nos installations.

Approbation de politique

→ Politique relative à l'usage du cannabis à des fins médicales.

Approbation de protocoles

→ Protocole d'administration du sulfate de magnésium pour le traitement des troubles hypertensifs de grossesse et de la prééclampsie.

→ Protocoles de suivi des médicaments en psychiatrie.

→ Protocole d'ajustement d'un antidépresseur.

Approbation d'un guide

→ Guide d'alimentation lors de signes et symptômes gastro-intestinaux d'apparition soudaine.

Analyse et approbation d'ordonnances individuelles standardisées

→ Thérapie de remplacement de la nicotine.

→ Perfusion sous-cutanée en soins palliatifs.

→ Cannabis à des fins médicales.

→ Fentanyl intranasal.

→ Insuline sous-cutanée.

→ Insuline intraveineuse adulte.

→ Analgésie périmédullaire.

Analyse et approbation d'ordonnances collectives

→ Initier une ordonnance en procédant à un changement de la voie d'administration.

→ Traiter les diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD).

Analyse de médicaments utilisés pour nécessité médicale particulière

→ Kétorolac (Acular[MD])

→ Enzalutamide (Xtandi[MD])

→ Triamcinolone acétonide (Triesence[MD])

→ Prevacid[MD]

→ Acamprosate (Campral[MD])

→ Riociguat (Adempas[MD])

→ Escitalopram (Cipralex[MD])

→ Daptomycin (Cubicin[MD])

→ Degarelix (Firmagon[MD])

→ Gentamicine crème

→ Insuline Glargine (Toujeo[MD])

→ Empagliflozine (Jardiance[MD])

→ Metformine (Glumetza[MD])

→ Fosfomycine (Monurol[MD])

→ Carboxymethyl (Orabase[MD])

→ Rabeprazole (Pariet[MD])

→ Denosumab (Prolia[MD])

→ Abiraterone (Zytica[MD])

→ Lenalidomide (Revlimid[MD])

→ Trastuzumab

- → Cisplatine
- → Bendamustine
- → Methocarbamol (Robaxin[MD])
- → Vilazodone
- → Accutane[MD]
- → Umeclidinium
- → Durvalumab
- → Rituximab
- → Levothyroxine
- → Prolopec
- → Dégludec
- → Dulaglutide
- → Bezafibrate
- → Diclofénac
- → Atezolizumab
- → Sofosbuvir/Velpatasvir (Epclusa[MD])
- → Rifamixine
- → Bevacizumab
- → Nivolumab

Ajout de médicaments au formulaire

- → Suboxone[MD]
- → Botox[MD] en urologie
- → Insuline Basaglar[MD]

Approbation de règles d'utilisation des médicaments

- → Suggamadex
- → Naloxone

Autres sujets

- → Entreposage de narcotiques à haute concentration maison MLSV
- → Statistiques des erreurs reliées à la médication.
- → Pas à pas sur l'usage du cannabis à des fins médicales
- → Biphosphonates
- → Prolia : soumis au comité de coordination du formulaire
- → Situation du Monurol[MD] : F. EX.
- → Situation des pompes à perfusion dans le CIUSSS
- → Posiflush[MD]
- → Tableau décisionnel des biosimilaires

3.1.15 COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Composition

Membres

Mme Sylvie Charbonneau,
pharmacienne, CIUSSS

M. Michel Delamarre,
président-directeur général, CIUSSS

M. François Frédérik-Dubois,
pharmacien, R. Blais, J.-F. Boulanger et F. F. Dubois, pharmaciens inc.

Mme Julie Jean,
pharmacienne, Pharmacie Julie Jean

Mme Geneviève Larouche,
pharmacienne, CHU de Québec–Université Laval

M. Éric Lepage, président,
chef du Département de pharmacie, CIUSSS

Mme Marie-Claude Lévesque,
pharmacienne, Faculté de pharmacie de l'Université Laval

Mme Louise Petit, vice-présidente,
pharmacienne, M. Matte et L. Petit, pharmaciennes

Mme Caroline Pichette,
pharmacienne, Groupe Hébert Ferlatte pharmaciens inc.

M. Frédéric Poitras,
pharmacien, Y. Ferlatte et P.Y. Hébert pharmaciens inc.

Mme Julie Racicot,
chef du Département de pharmacie, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Mme Marie-Claude Racine,
chef du Département de pharmacie, CHU de Québec–Université Laval

Mme Julie Savard,
pharmacienne, Pharmacie Amélie Noël, affiliée à Pharmaprix

Mme Isabelle Taillon,
pharmacienne, IUCPQ – Université Laval

Dr Pierre Laliberté,
directeur des services professionnels, CIUSSS

Mandat

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

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

Faits saillants

ATIVAD (Programme régional d'antibiothérapie intraveineuse ambulatoire et à domicile)

→ L'implantation de la trajectoire, la révision et l'harmonisation des recettes d'ATIVAD.

→ La demande d'inscription à l'INESSS d'héparine, solution de rinçage.

→ La révision des outils de prescription.

Anticoagulothérapie

La poursuite de l'implantation de la trajectoire de désanticoagulation pour les patients sous warfarine et anticoagulant oral direct.

Présentations

Organisation des soins pharmaceutiques pour les patients diabétiques dans la région de Québec.

Approbation du projet de règlement de régie interne du comité régional sur les services pharmaceutiques

Élections

Un processus d'élection s'est déroulé à l'automne 2018. Mesdames Julie Savard et Julie Jean, ont été élues pour un mandat de quatre ans.

Partenariat du CRSP de Chaudière-Appalaches

Madame Chantal Breton, présidente du CRSP de Chaudière-Appalaches, participe dorénavant aux réunions du CRSP du CIUSSS. En contrepartie, madame Geneviève Larouche, membre du CRSP du CIUSSS, participe aux réunions du CRSP de Chaudière-Appalaches.

Infolettre du CRSP

→ Tous les pharmaciens qui pratiquent dans la Capitale-Nationale ont été invités à s'inscrire à la liste de diffusion de l'infolettre du CRSP. Elle est aussi disponible sur le site Web du CIUSSS.

→ 3 publications (avril 2018, septembre 2018 et janvier 2019).

Sujets discutés

→ Ordonnance collective : maladie de Lyme

→ Bilan naloxone dans le cadre de la crise des opioïdes

→ BCM départ

→ Vaccins payants

→ Myfegimiso

→ Trajectoire des patients qui prennent de la médication dans le cadre d'un protocole de recherche au sein du milieu hospitalier

→ Administration de certains médicaments pendant l'hospitalisation

→ Pharmacies désirant devenir de nouveaux sites de vaccination

→ Suivi des ordonnances de pharmaciens d'établissement vers les pharmacies communautaires

→ Participation du président du CRSP à la table provinciale de l'Ordre des pharmaciens du Québec

→ MAVO (médicaments anticancéreux par voie orale)

→ Sommet du G7 : antidotes, trajectoire des patients

→ Gestion des ordonnances de laboratoire des pharmaciens

→ Désignation des membres du CRSP comme membre du conseil d'administration des trois établissements de santé de la Capitale-Nationale

→ Maison Lémerveil Suzanne Vachon : accès aux soins et services pharmaceutiques

→ Protocole de sédation palliative continue à domicile

→ Politiques sur les échantillons des médicaments

→ Problématiques DSQ (Dossier Santé Québec)

→ Ordonnances collectives régionales

→ Formation continue à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval

→ Pharmaciens en GMF

→ Programme de compassion des compagnies pharmaceutiques

→ Impacts des contrats d'approvisionnement en commun des médicaments

3.1.16 CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS

Composition

Membres

Mme Valérie Blais, vice-présidente,
Direction de santé publique (programme santé au travail)

M. Louis-Martin Boivin, président,
Direction des soins infirmiers (GMF-CRQ)

Mme Dominique Houde,
Direction des programmes Santé mentale et Dépendances

M. Martin Levesque, trésorier,
Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique

M. Éric Lynch,
Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (soutien à domicile)

Mme Louise Michaud,
Direction des services multidisciplinaires (Service des activités de liaison)

Mme Marie-Christine Perron,
Direction des services professionnels (urgence)

Mme Rodena Severe,
Direction du programme Jeunesse

Membres cooptés

Mme Cathie Lavoie,
Direction des soins infirmiers (prévention et contrôle des infections)

M. Christian Lebel,
Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (hébergement)

Mme Sonia Tessier,
Direction des services professionnels (urgence)

Membres d'office

Mme Sylvie Bonneau, secrétaire,
directrice des soins infirmiers

M. Michel Delamarre,
Président-directeur général du CIUSSS

Mme Touria Ouaankour,
comité CIIA (équipe volante)

M. Normand Rousseau,
comité CIIA (hébergement)

Membres observateurs

Mme Sandra Racine,
directrice adjointe des soins infirmiers

Mme Évelyne Lavergne,
infirmière praticienne spécialisée de première ligne au GMF-U Haute-Ville

Mandat

Le conseil des infirmières et des infirmiers (CII) est, pour l'établissement, responsable envers le conseil d'administration :

- D'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans l'établissement et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (chapitre I-8) et exercées au CIUSSS ;
- De faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres ;
- De faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres ;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres ;
- De donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière (LSSSS, article 370.3, et *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, article 87) ;
- De donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers (LSSSS, article 370.3, et *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, article 87) ;
- De donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population (LSSSS, article 370.3, et *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, article 87) ;
- De déposer un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent (LSSSS, article 220) ;

- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Faits saillants

Principales activités ou sujets traités

→ Audits sur le lavage des mains.

→ Découvertures médicales aux urgences et en CHSLD.

→ Droit de prescrire.

→ Fermeture de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital du Saint-Sacrement et réorganisation des services en santé mentale.

→ Formation de 25 heures (infirmières techniciennes).

→ IPS-PL : règlement et lignes directrices.

→ IPS en CHSLD et en santé mentale.

→ Nouvelles lignes directrices au triage des urgences.

→ Pénurie de préposés aux bénéficiaires et mise en place d'un comité de travail pour la répartition des tâches dans les équipes de soins.

→ Pénurie de médecins à l'IRDPQ.

→ Plan d'action 2018-2020 du CIUSSS.

→ Problème de main-d'œuvre et de recrutement (dans la région de Charlevoix, dans des professions telles que préposé aux bénéficiaires et autres titres d'emplois).

→ Projet de ratio en CHSLD.

→ Recrutement international.

→ Règle de soins sur la prescription infirmière.

→ Règles de fonctionnement du comité de relève infirmière et infirmière auxiliaire.

→ Situation à l'urgence du CLSC de Saint-Marc-des-Carrières.

→ Vaccins antigrippaux, nouveaux critères.

→ Vaccins payants.

→ Rapport de la visite de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) au CHSLD Saint-Augustin et plan d'amélioration.

→ Rapport de la visite de l'OIIQ au CHSLD Saint-Antoine et plan d'amélioration.

→ Situation financière, planification budgétaire et budget.

Suivis faits à chaque rencontre du CECII

→ Direction générale (Michel Delamarre).

→ Comité de coordination clinique.

→ Table nationale de coordination en soins et services infirmiers – Table des DSI.

→ Table régionale infirmière.

→ Comité exécutif du CIIA.

→ Sous-comités du CII.

→ Comités auxquels siège un membre du CII.

Avis donnés

→ Guide d'alimentation lors de signes et symptômes gastro-intestinaux d'apparition soudaine.

→ Ordonnance collective : Initier un examen de dépistage pour le cancer du col de l'utérus.

→ Ordonnance collective relative à la culture de gorge.

→ Ordonnance collective : Prescrire un vaccin non couvert par le Programme québécois d'immunisation.

→ Politique relative à l'usage du cannabis à des fins médicales.

→ Politique relative à l'hygiène des mains.

→ Politique relative à la maltraitance.

→ Procédure relative au protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (DSAPA).

→ Protocole interdisciplinaire sur le constat de décès à distance.

→ Protocole relatif à l'hygiène des mains.

→ Protocole relatif à la gestion du matériel semi-critique.

→ Procédure relative à la gestion des équipements de protection.

→ Procédure temporaire : Contribution de l'infirmière lors d'un constat de décès à distance en CHSLD.

→ Règlement concernant la procédure d'attribution des congés temporaires thérapeutiques aux usagers admis.

→ Règle de soins infirmiers : Encadrement de la prescription infirmière et de l'initiation d'un test diagnostique de laboratoire.

→ Règle de soins infirmiers : Application d'activités spécifiques en soins de plaies. Les membres font part de leurs commentaires.

→ Règle de soins infirmiers : Gestion du cérumen.

→ Règle de soins infirmiers : Partage des rôles entre les infirmières et infirmières auxiliaires dans l'administration de médicaments prescrits au besoin (PRN) selon une ordonnance médicale individuelle ou collective.

Reconnaissance

→ Le 14 mai 2018, les membres ont remis aux infirmières et infirmiers du CHSLD Saint-Augustin le sceau de reconnaissance « Engagé » afin de souligner leur contribution, leur implication et l'énergie qu'ils ont déployée en vue de la visite d'inspection de l'OIIQ.

→ Le 14 février 2019, les membres ont remis à l'équipe de conseillères en prévention et contrôle des infections le sceau de reconnaissance « Compétent » pour leurs compétences et la qualité de leurs documents d'encadrement clinique.

Appui de candidature

Au cours de son mandat, le comité exécutif du CII :

- A appuyé la candidature du Programme interprofessionnel de prévention et de soins de la peau et des plaies du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour le prix « Innovation clinique Banque Nationale » de l'OIIQ présenté par Marie-Josée Demers pour l'équipe de rédaction ;
- A appuyé la candidature du projet La salle de suivi clinique opérationnelle : de l'identification à l'intégration des pratiques cliniques en soins infirmiers pour le prix « Innovation clinique Banque Nationale » de l'OIIQ présenté par Karine Poirier.

Prix de l'infirmière soignante de l'année

À titre de jury de sélection, le comité exécutif du CII a nommé mesdames Marie-Pier Ferland, IPS-PL au GMF du Carrefour, et France Leblanc, du Centre Antipoison, « Infirmières soignantes de l'année du CIUSSS de la Capitale-Nationale ». Elles représenteront notre établissement au « Prix régional de l'infirmière soignante de l'année 2019 » de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec.

3.1.17 CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Composition

Membres

Mme Virginie Carbonneau, vice-présidente, criminologue, agente de relations humaines, Direction du programme Jeunesse

Mme Amie Deschamps, responsable des communications, travailleuse sociale, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Mme Diane Garner,
éducatrice spécialisée et travailleuse sociale, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Mme Josianne Gaudet,
diététiste-nutritionniste, spécialisée en activités cliniques, Direction des services multidisciplinaires

Mme Geneviève Gosselin,
physiothérapeute, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Mme Anne Langelier,
physiothérapeute, Direction des programmes Déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique

Mme Marie Larose,
travailleuse sociale, Direction des programmes Santé mentale et Dépendances

Mme Anne Marie Nadeau,
éducatrice spécialisée, Direction du programme Jeunesse

Mme Marie-Lise Nolet,
ergothérapeute, Direction des programmes Santé mentale et Dépendances

Mme Stéphanie Paquet, présidente et trésorière, récréologue, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Mme Chantal Pothier, secrétaire, psychologue, Direction du programme Jeunesse

Membres d'office

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS

Mme Isabelle Simard,
directrice des services multidisciplinaires

Membres cooptés

M. Mathieu Fiset,
assistant-chef technologue en radiologie, Direction des services professionnels

Mme Isabelle Labarre,
travailleuse sociale, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Membre invité (sans droit de vote)

M. Stéphane Garneau,
organisateur communautaire, représentant du conseil multidisciplinaire au conseil d'administration

Mandat

Le conseil multidisciplinaire représente près de 5 070 membres professionnels. Il formule des avis et des recommandations portant sur l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle, sur la distribution appropriée des soins et des services, sur l'organisation scientifique et technique, et sur les moyens

à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres.

Le pouvoir du conseil multidisciplinaire est essentiellement un pouvoir d'influence. Les demandes d'avis sont traitées dans le respect des valeurs organisationnelles et des cinq piliers du Vrai Nord du Plan d'action 2018-2020, mais aussi dans une optique d'offrir aux usagers des services de qualité répondant à leurs besoins.

Faits saillants

Tout au long de l'année, le CECM a été consulté sur des enjeux organisationnels ou simplement pour donner une vision plus « terrain » des projets de certaines directions. Cela démontre l'intérêt des directions à présenter une offre de service qui place l'usager au cœur de leurs actions. Voici une brève liste des présentations et des consultations pour l'année 2018-2019 :

- Dossier clinique informatisé, DCI Cristal-Net ;
- Procédure relative à la gestion du cérumen par les audiologistes – DSM ;
- Processus de consultation pour les ordonnances collectives, protocoles et procédures – DSM-DSP ;
- Plan de transformation en santé mentale – DSMD ;
- Responsabilités professionnelles et définition du huis clos – DAJI ;
- Plan d'action intégré DJ–DPJ ;
- Animation de la salle de pilotage stratégique du CIUSSS – PDG.

À la suite de ces présentations, le CECM s'est positionné et a offert des avis, des recommandations et des commentaires :

- Avis au président-directeur général :
  - au regard de l'accès au Dossier Santé Québec (DSQ) ;
  - au regard du dossier des punaises de lit ;
- Avis à la DSM sur le Guide d'alimentation lors de signes et symptômes gastro-intestinaux d'apparition soudaine pour la clientèle adulte admise ou hébergée dans les installations du CIUSSS ;
- Avis à la DST : Procédure relative à la gestion des déchets biomédicaux.

Aucun avis n'a été émis au conseil d'administration.

Le CECM et la Direction des services multidisciplinaires collaborent de façon constante, autant de façon formelle qu'informelle. D'une part, le riche partage d'informations permet au CECM d'être en lien direct avec la vision organisationnelle et, d'autre part, il permet à la direction de s'enrichir de la réalité des milieux.

Les comités phares de l'exécutif sont les suivants :

- Le comité de maintien et de promotion de la compétence ;
- Les comités de pairs :
  - Le comité de pairs des psychologues ;
  - Le comité de pairs des nutritionnistes ;
  - Le comité de pairs des physiothérapeutes ;
- Le comité d'avis, de recommandations et de consultations ;
- Le comité de l'assemblée générale annuelle et des élections ;
- Le comité des communications ;
- La présence du CECM au comité de gestion des risques lui permet d'être à l'affût de la bienveillance de l'organisation envers les usagers afin d'offrir un service sécuritaire et de grande qualité ;
- Le comité interconseils ;
- Le CECM a assuré les responsabilités d'une commission multidisciplinaire régionale (article 370.7, LSSSS), et ce, en vertu de l'article 87 de la loi ;
- Le comité de plan d'action : le CECM a tenu une réflexion stratégique qui lui a permis de développer un plan d'action rempli de défis stimulants tels que :
  - Consolider la présence du CECM au sein du CIUSSS ;
  - Collaborer au développement de la pratique professionnelle ;
  - Contribuer à la gouvernance.

Le CECM est privilégié de pouvoir compter sur la présence du président-directeur général et de la directrice des services multidisciplinaires à chaque séance de l'exécutif. Un sceau de reconnaissance « Engagement » a été offert à M. Michel Delamarre et à Mme Isabelle Simard.

3.1.18 CONSEIL DES SAGES-FEMMES

Composition

Membres

Mme Magali Béchard, présidente,
sage-femme

Mme Kathleen Boily, conseillère,
sage-femme

Mme Catherine Boivin, conseillère,
sage-femme
(depuis octobre 2018)

Mme Rebecca St-Onge, secrétaire,
responsable des services de sage-femme

Mme Maude Tétreault-Désilets, vice-présidente,
sage-femme

M. Guy Thibodeau,
président-directeur général adjoint du CIUSSS

Mandat

Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil des sages-femmes est responsable envers le conseil d'administration :

- De contrôler et d'apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement ;
- De faire des recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres ;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres ;
- De faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande au conseil d'administration en vue de conclure un contrat avec l'établissement ;
- De faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme conformément à un contrat conclu avec l'établissement.

Également, conformément aux règlements de l'établissement, le conseil des sages-femmes est responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- L'organisation scientifique et technique de l'établissement ;
- Les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des sages-femmes ;
- Toute autre question que le président-directeur général porte à son attention.

Faits saillants

→ 918 demandes pour un suivi de sage-femme.

→ 499 nouveaux suivis débutés en cours d'année, et 377 suivis complets.

→ 205 bébés sont nés à la Maison de naissance, 41 sont nés à domicile avec des sages-femmes et 3 ont vu le jour en centre hospitalier avec des sages-femmes.

→ 38 cours de préparation à la naissance et 50 rencontres d'information pour le public ont été donnés par l'équipe de sages-femmes.

→ Travaux d'arrimage avec les services d'urgence de Saint-François d'Assise et les services de néonatalogie afin d'assurer des transferts efficaces et sécuritaires des nouveau-nés de la Maison de naissance.

→ Mise à jour de procédures :

- Procédure et modalités pour l'octroi des remplacements et l'octroi de contrats réguliers ;
- Modalités de retour et de réintégration d'une sage-femme à la suite d'un long congé (autre que maladie).

→ Collaboration pour les festivités du 10e anniversaire de la Maison de naissance.

→ Avis sur plusieurs protocoles et procédures émis par diverses directions du CIUSSS.

→ Appréciation du nouveau guide de revue de cas de l'Ordre des sages-femmes du Québec ; mandat donné au comité d'évaluation de la qualité de proposer de nouvelles modalités en tenant compte du nouveau guide.

→ Demande au MSSS et obtention d'un budget additionnel pour un équivalent temps complet (ETC) sage-femme supplémentaire.

→ Demande et obtention d'une subvention pour participer à un projet d'optimisation du travail des sages-femmes.

→ Évaluation du développement des services de sages-femmes dans la région 03.

3.2 LES FAITS SAILLANTS

3.2.1 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Enjeux

Surveillance de l'état de santé de la population

Le principal défi de l'équipe de surveillance de l'état de santé de la population demeure celui d'accompagner et de soutenir les professionnels et les gestionnaires de toutes les directions du CIUSSS, et des partenaires intersectoriels de la région, dans la prise de décision et l'organisation des services.

Prévention et protection contre les maladies infectieuses

L'augmentation des maladies à déclaration obligatoire constitue un défi important de santé publique. Elle se traduit notamment par une hausse de cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et de zoonoses (liées aux changements climatiques). Pour faire face à ces problèmes importants, il est nécessaire de revoir les termes du partenariat avec les différentes directions du CIUSSS ainsi que de celui avec les partenaires intersectoriels.

En ce qui concerne les maladies évitables par la vaccination, il faudra réviser le processus existant pour le rendre conforme aux changements apportés par le MSSS sur les critères d'admissibilité à la gratuité du vaccin contre l'influenza, dans le cadre de la campagne de vaccination massive.

Réalisations

En 2018-2019, la Direction de santé publique a actualisé la deuxième année de son Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2016-2020. Des mécanismes de suivi et d'évaluation ont été mis en place pour suivre l'évolution et la performance des actions réalisées.

Le programme de santé publique s'actualise selon les six axes du Plan d'action régional de santé publique 2016-2020. Il vise, en outre, à adapter les services de santé publique aux particularités territoriales et aux besoins de la population de la Capitale-Nationale. La lutte aux inégalités sociales de santé, priorité dans la région de la Capitale-Nationale, s'est actualisée stratégiquement dans plusieurs projets, mais plus particulièrement dans le processus de réaménagement de l'Hôtel-Dieu de Québec et dans la candidature du projet Québec-Défi Ville intelligente.

Les citoyens et les partenaires au cœur des décisions et des actions

L'implication des citoyens et des partenaires dans les décisions et les actions des services de santé publique est inscrite dans les valeurs de la direction depuis toujours. De ce fait, le comité des citoyens partenaires est régulièrement consulté sur les grandes orientations de la direction et sur les nombreuses concertations régionales portant sur des thèmes spécifiques comme :

- La sécurité alimentaire ;
- Les saines habitudes de vie ;
- La santé des enfants de 0 à 5 ans ;
- Le projet de recherche et d'intervention *Mon environnement, ma santé*, volet qualité de l'air extérieur (qui repose sur un comité-conseil composé de citoyens engagés).

Ce ne sont là que quelques exemples illustrant l'importance des citoyens et des partenaires dans les processus de planification et de réalisation des activités de santé publique.

Surveillance

Le directeur de santé publique a notamment le mandat légal d'informer la population et de soutenir la prise de décision et l'organisation des services de la région. À cet effet, les données issues d'importantes enquêtes nationales ont été publiées et présentées aux décideurs des milieux scolaire, municipal, communautaire et du réseau de la petite enfance :

- L'enquête québécoise sur le développement de l'enfant à la maternelle ;
- L'enquête québécoise sur le parcours des enfants de la maternelle ;
- L'enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaire. Par ailleurs, la direction a pu prendre connaissance de publications telles que :
  - Atlas de défavorisation 2016, 48 cartes géographiques : une nouvelle version pour mieux caractériser nos territoires ;
  - Le suicide dans la Capitale-Nationale, *Mieux comprendre pour mieux prévenir*.

Santé environnementale

→ L'équipe santé et environnement de la Direction de santé publique a publié son bilan initial de la qualité de l'air extérieur et ses effets sur la santé,

en février 2019. Il en ressort que la qualité de l'air extérieur s'améliore dans la région de la Capitale-Nationale, mais que des secteurs de la ville de Québec sont plus exposés à certains contaminants.

→ Après une troisième année de marches hebdomadaires et de chroniques vidéo diffusées à MaTV, le projet *Ça marche Doc !* est finaliste au Prix d'excellence du réseau de la santé, dans la catégorie Partenariat. Ce projet, en partie parrainé par le CIUSSS, témoigne d'un engagement de plusieurs établissements de santé et de l'Institut national de santé publique du Québec à l'égard du verdissement de nos villes et de l'aménagement favorable du territoire. Cette année, il a mis l'accent sur de nombreuses initiatives citoyennes et collectives pour l'amélioration de la qualité de vie et la réduction des stresseurs environnementaux.

Santé au travail

→ En vertu de l'Entente de gestion et d'imputabilité avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, l'équipe du programme Santé au travail est intervenue dans 246 entreprises pendant l'année 2018. Les actions posées concernaient notamment l'organisation des premiers secours et des premiers soins, l'information sur les risques présents dans le milieu de travail et les moyens de les contrôler, la surveillance environnementale et la surveillance médicale.

→ Dans le cadre du programme Pour une maternité sans danger, 4 573 demandes provenant de la Capitale-Nationale ont été traitées, auxquelles s'est ajouté le soutien administratif dans 260 demandes provenant du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James à la suite d'une entente de collaboration avec ces régions. Dans ces dossiers, des recommandations ont été formulées pour permettre le maintien sécuritaire au travail de la femme enceinte ou qui allaite.

→ En 2018, 58 travailleurs de 41 établissements différents ont été atteints d'une maladie ou d'une intoxication à déclaration obligatoire d'origine professionnelle. De plus, 26 situations de menace à la santé ont été signalées dans des milieux de travail. À la suite des enquêtes réalisées, des interventions spécifiques ont été nécessaires dans quatre milieux.

Prévention et protection contre les maladies infectieuses

→ Sur le plan de la surveillance et du contrôle des infections, un rehaussement important des connaissances et des compétences exigées des infirmières au poste de garde a été consenti pour pallier la pénurie d'effectifs médicaux.

→ Une mise à jour sans précédent des procédures et interventions en cas d'urgence majeure a été réalisée dans le cadre de la préparation des activités du Sommet du G7.

→ Au chapitre des maladies évitables par la vaccination, la direction a augmenté le nombre de plages horaire de rendez-vous en vaccination adulte sur le territoire et elle a réalisé les travaux requis pour harmoniser l'offre de service.

→ La campagne annuelle de vaccination contre l'influenza a permis de vacciner plus de 50 000 personnes dans les cliniques de masse.

→ Face à la hausse importante d'infections transmises sexuellement et par le sang dans la région (on estime à environ 8 000 le nombre de dépistages réalisés cette année), une ligne téléphonique ITSS a été mise en place pour améliorer l'accessibilité au dépistage.

→ La lutte aux opioïdes demeure une préoccupation dans la région. Pour suivre en temps réel les cas de surdose, un mécanisme de vigie rigoureuse a été mis en place. Des formations sur l'administration de naloxone ont été données à un nombre considérable d'intervenants non infirmiers de la santé. Enfin, la direction a procédé à la distribution de trousses de naloxone dans les différents milieux susceptibles de les utiliser.

Promotion de la santé et prévention

→ L'enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) réalisée à l'hiver 2017 mesurait le développement global des tout-petits et le bagage acquis depuis leur naissance. La très grande majorité des enfants québécois fréquentant la maternelle 5 ans à temps plein, dans les écoles francophones ou anglophones, publiques et privées (subventionnées ou non), étaient visés par cette enquête disponible sur note site Web.

Pour mettre à profit les données de l'enquête, une tournée a permis la tenue de 14 présentations auprès des tables de concertation locales et de deux présentations au sein de commissions scolaires. Cet investissement a donné lieu à la création d'un réseautage entre les différents partenaires œuvrant en petite enfance : les différents milieux de garde, les écoles et le réseau de la santé et des services sociaux. Les résultats à l'échelle provinciale, régionale et locale sont disponibles sur le site Web EQDEM Capitale-Nationale au **www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/eqdem**. Cette initiative a été soutenue, entre autres, par la concertation intersectorielle régionale Grandissons tous ensemble qui contribue à la création d'environnements favorables au développement des tout-petits dans la région.

- → Cannabis non thérapeutique et offre de service en prévention des dépendances aux écoles. Au cours de l'année 2018-2019, la légalisation du cannabis à des fins non médicales a fait exploser le nombre de demandes provenant d'écoles secondaires et de commissions scolaires, dans le cadre de l'offre de services-conseils en promotion et en prévention. Près d'une dizaine d'établissements (écoles secondaires, centres d'éducation aux adultes et centres de formation professionnelle) ont participé à une démarche d'analyse et de révision de leur pratique en prévention des problèmes de consommation de substances psychoactives dans leur milieu.
- → Sécurité alimentaire dans la Capitale-Nationale. En 2013-2014, 4,6 % des personnes de plus de 12 ans (soit 29 100 personnes) n'ont pas eu accès à des aliments sains, principalement en raison de leur revenu. En 2018-2019, il y avait encore de grands écarts dans la Capitale-Nationale quant au taux d'insécurité alimentaire qui varie entre 3 et 6,9 %, sauf pour les secteurs Basse-Ville et Limoilou-Vanier où le pourcentage atteint 15,5 %.
- → Depuis 2017, la Direction de santé publique soutient 10 projets locaux (sur trois ans,) afin de réaliser une variété d'interventions destinées aux populations le plus à risque d'insécurité alimentaire, pour un total de 217 520 $.
- → Une somme de 10 870 $ permet aussi à des organismes communautaires de bonifier l'aide alimentaire qu'ils offrent.
- → En collaboration avec le bureau du président-directeur général adjoint, la Direction des programmes Santé mentale et Dépendances et un comité de citoyens de Saint-Roch, la Direction de santé publique a mis sur pied un projet pilote qui a pour objectif d'améliorer les compétences nécessaires des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale en vue d'une alimentation de base économique. Au 31 mars 2018, 31 personnes de même que des intervenants œuvrant en santé mentale ont été rencontrés. Les résultats obtenus à ce jour permettent de déterminer les barrières qui empêchent les personnes de se nourrir le mieux possible. Les partenaires, les intervenants et les citoyens sont à recenser les interventions les plus pertinentes.
- → Partenariat pour le déploiement du programme *Les ateliers cinq épices*. La mise en place d'ateliers culinaires visent l'amélioration des compétences culinaires chez les jeunes de milieux scolaires défavorisés. Ce programme d'ateliers-cuisine, issu d'un partenariat avec *Les ateliers cinq épices* et *Le Pignon Bleu*, s'inscrit dans le cadre du Plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé du ministère de la Santé et des Services sociaux.

  À l'hiver 2019, environ 150 élèves, soit 10 groupes provenant de la maternelle 4 ans au 3e cycle du primaire, ont participé à la phase 1 de validation du programme. À partir de l'automne 2019, 13 écoles défavorisées de la région recevront la formation et tout le matériel nécessaire à la mise en place d'ateliers culinaires dans leurs écoles.
- → La participation sociale des ainés. La Direction de santé publique offre deux formations :
  - La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : une formation pour passer de la théorie à la pratique (formation I) ;
  - Participation sociale – des pistes pour intervenir auprès des aînés ayant des incapacités (formation II).

  En 2018-2019, 8 journées de formation (7 heures par jour) ont été données en avril et en mai sur l'ensemble du territoire du CIUSSS, rejoignant près d'une centaine de personnes œuvrant auprès des aînés.

  La participation sociale est un moyen pour les aînés de maintenir leur qualité de vie, de réaliser des projets qui leur tiennent à cœur et de continuer d'être des citoyens à part entière.
- → La mobilisation régionale Ensemble pour agir sur les préjugés. Cette mobilisation vise à réduire les préjugés de professionnels offrant des services à la population au moyen de divers outils pédagogiques qui seront utilisés pour sensibiliser les étudiants en médecine, en travail social, en pharmacie, en sciences infirmières, en santé dentaire et en technique policière. Une vidéo a été produite où des citoyens témoignent de l'effet des préjugés sur eux. La Direction de santé publique est impliquée activement dans cette mobilisation depuis ses débuts.
- → Politique pour un environnement sans fumée. La nouvelle législation concernant la lutte contre le tabagisme (L-6.2), adoptée au Québec en novembre 2015, a imposé l'adoption de la Politique pour un environnement sans fumée dans l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux. Le conseil d'administration du CIUSSS a, par la suite, adopté la Politique pour un environnement sans fumée (PO-25), dans le respect des dispositions des orientations ministérielles du MSSS. À compter du 31 mai prochain, 24 sites deviendront des établissements totalement sans fumée. De plus, au site de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, la fermeture de 10 fumoirs est prévue d'ici cette date.

→ Avec les partenaires du comité régional Prendre soin de notre monde de la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé, un appel de projets a été fait auprès des municipalités de 100 000 habitants et moins.

Au total, 6 projets ont été soutenus, favorisant l'accessibilité au transport actif, la bonification des infrastructures et des équipements sportifs, récréatifs et de loisirs, l'aménagement du milieu, l'accès à la saine alimentation ou encore la mise en œuvre de politiques.

Priorités

La lutte aux inégalités sociales de santé

Le soutien et l'accompagnement de la Direction de santé publique auprès des acteurs de la région seront rehaussés pour que soit pris en compte systématiquement ce problème lors des différents processus décisionnels et d'organisation des services.

Santé environnementale

→ Le projet d'évaluation de la qualité de l'air et de ses effets sur la santé se poursuivra pour encore deux années, en collaboration avec de nombreux partenaires (la Ville de Québec [bailleur de fonds], l'INSPQ, le ministère de l'Environnement et de Lutte contre les changements climatiques, des chercheurs et des citoyens).

→ Le CIUSSS soutient actuellement 8 projets de recherche distinctifs pour mieux caractériser les impacts sur la santé de la qualité de l'air dans les secteurs Basse-Ville et Limoilou-Vanier. Rappelons que ces deux secteurs ont une moins bonne qualité de l'air et que les indicateurs de santé y sont aussi moins favorables.

Prévention et protection contre les maladies infectieuses

La hausse importante des maladies transmissibles sexuellement et par le sang nécessite une optimisation de l'offre de service en dépistage.

3.2.2 DIRECTION DU PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

3.2.2.1 MISSION SOUTIEN À DOMICILE

Enjeux

→ Prise en charge prioritaire en soins infirmiers des usagers avec le profil de santé physique – impact direct sur la capacité de prise en charge des usagers à long terme.

→ Délai dans la prise en charge des usagers en attente de services de professionnels (travailleurs sociaux et ergothérapeutes).

→ Retard dans la mise à jour des évaluations en raison du déploiement de l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI).

→ Capacité d'assurer la prise en charge à domicile des usagers en soins palliatifs et en fin de vie.

Réalisations

→ Intensification de services au soutien à domicile (SAD) : 990 usagers dont 280 avec un profil de niveau de soins alternatifs (NSA).

→ Déploiement du *Guide des standards des meilleures pratiques en première ligne* : projet conjoint avec la Direction des services multidisciplinaires.

→ Implantation des constats de décès à distance.

→ Plan Alzheimer (phase 2) : formation donnée aux GMF portant sur le dépistage et l'intervention interdisciplinaire auprès des usagers atteints d'une maladie neurocognitive ou d'autres maladies apparentées.

Priorités

→ Consolider le partenariat avec les résidences pour personnes âgées (RPA) afin d'assurer la continuité et le maintien de leurs services.

→ Favoriser le rapprochement des GMF avec les équipes du SAD pour une prise en charge conjointe et pour éviter des hospitalisations ou des hébergements précoces.

3.2.2.2 MISSION HÉBERGEMENT

Enjeux

→ Pénurie de préposés aux bénéficiaires et d'infirmières. Réalisation d'un modèle de hiérarchisation des soins avec le soutien de la DSI permettant de réviser la prise en charge des besoins globaux des résidents par l'équipe soignante.

→ Des aides de service ont été intégrés pour soutenir les équipes soignantes.

→ Manque d'effectifs médicaux en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

→ Manque de ressources intermédiaires (RI) dans la région de la Capitale-Nationale contribuant à l'augmentation du nombre d'usagers qui présentent des profils NSA dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Des appels d'offres pour ouvrir des RI ont été lancés sans succès.

Réalisations

→ Projet vitrine CHSLD Alzheimer (CHSLD Le Faubourg) : implantation d'une philosophie de gestion et d'intervention en CHSLD pour les usagers présentant des troubles neurocognitifs.

→ Projet de ratio en CHSLD à l'Hôpital général de Québec dans une unité de vie. Résultat : amélioration en matière de qualité des soins et de gestion des risques (prévention des chutes, erreurs de médicaments, etc.)

→ Projet buccodentaire au CHSLD Charlesbourg : projet pilote visant le déploiement provincial de soins buccodentaires en CHSLD.

→ Implantation des constats de décès à distance.

→ Déploiement du projet d'évaluation de la personnalisation des soins (PEPS).

Priorités

→ Proposer une offre d'hébergement diversifiée qui répond aux besoins des usagers présentant un profil ISO-SMAF 7 à 10.

→ Codévelopper et mettre en place des stratégies structurantes pour contrer la pénurie de main-d'œuvre.

→ Poursuivre les démarches de soutien en collaboration avec la DRHC visant la qualité de vie au travail.

→ Finaliser la trajectoire de communication dans chaque unité de vie favorisant le travail d'équipe et la collaboration interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge des besoins de la clientèle.

3.2.2.3 MISSION SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS

Enjeux

→ Libération des lits des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) occupés par la clientèle avec un profil de NSA.

→ Pénurie de préposés aux bénéficiaires et d'infirmières dans les services gériatriques spécialisés qui travaillent dans les CHSGS du territoire et pour lesquels des campagnes de recrutement spécifiques ont été menées.

Réalisations

→ Clinique des aînés : modification de l'offre de service de l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) de l'Hôpital Saint-François-d'Assise permettant de diminuer la durée des séjours hospitaliers, d'éviter l'hospitalisation ou de favoriser un retour rapide de l'usager chez lui.

→ Cliniques gériatriques de Québec : cliniques externes gériatriques spécialisées accessibles aux aînés de la communauté.

Priorités

→ Transformer la pratique clinique et médicale en CHSGS et déposer une nouvelle offre de services post-aigus.

→ Poursuivre le développement des services de la Clinique des aînés et de cliniques gériatriques de Québec.

3.2.3 DIRECTION DES PROGRAMMES DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME, ET DÉFICIENCE PHYSIQUE

Enjeux

→ Accessibilité pour les usagers et leurs proches aux services d'adaptation et de réadaptation en trouble du spectre de l'autisme (TSA) :

- En temps opportun ;
- Par le bon intervenant ;
- Dans le respect du plan d'accès et des ententes de gestion ;
- Financement accessible à la hauteur des besoins des usagers.

→ Accessibilité pour les usagers et leurs proches à des milieux résidentiels et de réadaptation adaptés aux besoins en déficience intellectuelle, en trouble du spectre de l'autisme et en déficience physique :

- Le bon milieu (nombre de places disponibles suffisantes et diversité des milieux) ;
- En temps opportun ;
- Personnel qualifié disponible ;
- Infrastructures et aménagements physiques de qualité ;
- Financement accessible à la hauteur des besoins des usagers.

→ Accessibilité pour les usagers et leurs proches à des activités occupationnelles ou socioprofessionnelles valorisantes et adaptées à leurs besoins :

- Le bon milieu ;
- En temps opportun ;
- Personnel qualifié disponible ;
- Infrastructures physiques de qualité.

→ Accessibilité pour l'usager adulte à la réadaptation fonctionnelle intensive dans un délai qui respecte les meilleures pratiques reconnues et les ententes interétablissements :

- En temps opportun ;
- Personnel qualifié disponible ;
- Recrutement médical en réadaptation physique ;
- Disponibilité de la main-d'œuvre qualifiée.

Réalisations

→ Amélioration significative de l'accessibilité à certains services pour les usagers et leurs proches :

- Enfants atteints d'un trouble du spectre de l'autisme de moins de 5 ans : réduction de 56 % du nombre de jours d'attente pour un premier service ;
- Usagers atteints d'une déficience intellectuelle et d'un trouble du spectre de l'autisme : amélioration de 25 % du délai de traitement de leurs demandes en CLSC ;
- Usagers atteints d'une déficience intellectuelle et d'un trouble du spectre de l'autisme suivis en soutien à domicile (SAD) : augmentation de 50 % du nombre de personnes qui reçoivent un service.

→ Ouverture, en juin 2018, de la maison de soins palliatifs pédiatriques Lémerveil Suzanne Vachon. Projet novateur créé par l'organisme Laura Lémerveil en partenariat avec la Fondation Famille Jules-Dallaire et l'étroite implication des équipes de soins palliatifs pédiatriques du CHU de Québec-Université Laval et du CIUSSS. La maison Lémerveil Suzanne Vachon permet aux enfants et à leurs proches l'accès à 10 lits de soins palliatifs pédiatriques et à 3 lits de répit dépannage pour les jeunes polyhandicapés.

→ Ouverture, en décembre 2018, d'une unité de réadaptation intensive pour les usagers atteints d'une déficience intellectuelle et d'un trouble du spectre de l'autisme. Cette unité vise à intervenir de manière précoce et soutenue auprès des usagers et de leurs proches pour favoriser le maintien à domicile ou dans le milieu d'origine. Ce projet innovant, mis de l'avant avec des usagers partenaires, des intervenants et un chercheur, donne accès à 4 lofts de 2 chambres, à 4 chambres et à plusieurs aires communes aménagées selon les meilleures pratiques reconnues qui permettent ainsi d'accueillir jusqu'à 12 personnes.

→ Ouverture de La Maisonnée en mars 2018. Dans un souci d'offrir des milieux de réadaptation fonctionnelle intensive innovants et diversifiés, nous avons eu l'occasion de réaménager une grande maison inoccupée en 6 chambres et 2 lofts pour des usagers en processus de réintégration d'un milieu de vie permanent.

→ Amélioration de l'accessibilité à la réadaptation fonctionnelle intensive pour les usagers adultes et leurs proches, par diverses initiatives :

- Développement de nouvelles pratiques au sein des équipes interdisciplinaires favorisant l'autonomie des professionnels et le développement des compétences, ce qui permet ainsi l'admission et le suivi d'usagers en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) sans prise en charge médicale ;
- Mise en place d'un partenariat avec le CHU de Québec–Université Laval pour l'amorce de la réadaptation intensive en unité de soins aigus durant l'attente d'une admission ;
- Recrutement médical intensif.

→ Amélioration continue de la qualité des services soutenue par plusieurs mesures structurantes :

- Mise en place de comités de développement et d'amélioration de la pratique professionnelle au sein des équipes de proximité ;
- Déploiement d'un programme d'accompagnement et de suivi des nouveaux éducateurs spécialisés et assistants en soins et services de santé (ASSS) en DI et en TSA ;
- Rehaussement du soutien professionnel au sein des équipes de proximité et 6-21 ans TSA ;
- Actualisation d'un plan d'action paritaire en santé et sécurité au travail ;
- Ajout d'un *coach* OMEGA permettant de mieux outiller les intervenants afin de prévenir ou d'intervenir en cas d'agression ;
- Participation d'usagers partenaires dans la quasi-totalité de nos groupes de travail et révision de processus ;
- Révision de plusieurs pratiques professionnelles, en étroite collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires, dans le but d'améliorer l'accès des usagers à des services de qualité, notamment en nutrition, audiologie et physiothérapie.

→ Tenue d'une activité d'amélioration continue régionale en novembre 2018 afin d'améliorer l'accès à la réadaptation pour les personnes ayant subi un accident cardiovasculaire. Deux usagers partenaires, des représentants du CHU de Québec-Université Laval, de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et du CIUSSS ont participé aux travaux. Il en résulte la création d'une seule

trajectoire de service pour l'ensemble des usagers qui sera mise en place d'ici janvier 2020.

→ Amélioration de l'équité dans l'attribution du fonds de soutien intensif de service à domicile par la révision et la refonte du cadre de gestion, de concert avec des usagers, des proches et des organismes communautaires.

Priorités

→ Amélioration de l'accès aux services en TSA :

- Réduction des listes d'attente ;
- Réduction du délai d'accès.

→ Amélioration continue de la qualité et de la sécurité pour les usagers et le personnel :

- Réduction du nombre d'agressions ;
- Réduction du nombre de contentions ;
- Réduction du ratio d'assurance salaire.

→ Implication soutenue des usagers et des proches dans nos décisions et dans nos révisions de processus.

→ Attraction et fidélisation du personnel :

- Intensification de l'accompagnement du nouveau personnel ;
- Amélioration continue de la formation ;
- Rehaussement des équipes.

→ Développement des milieux résidentiels répondant aux besoins des usagers et des proches en DITSADP :

- Poursuite du projet de construction d'une nouvelle ressource à assistance continue (RAC) ;
- Amélioration continue des aménagements physiques de nos RAC actuelles ;
- Développement de nouvelles places en ressources intermédiaires (RI), en ressources de type familial (RTF) et en appartements supervisés ;
- Amélioration du jumelage de nos usagers dans les milieux résidentiels.

→ Développement de milieux socioprofessionnels et occupationnels répondant aux besoins des usagers et des proches en DITSADP :

- Poursuite du développement de nouveaux milieux ;
- Accroissement des partenariats avec les organismes communautaires et les entreprises.

→ Amélioration de l'accessibilité à la réadaptation fonctionnelle intensive pour les adultes :

- Intensification du recrutement médical ;
- Poursuite du développement des compétences et de l'autonomie des intervenants.

3.2.4 DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

3.2.4.1 SIGNALEMENTS TRAITÉS

Enjeux

Pour l'année 2018-2019, la directrice de la protection de la jeunesse a traité 10 605 signalements, comparativement à 9 434 l'année dernière, soit une hausse de 12,4 %.

Réalisations

En réponse aux besoins d'information des partenaires et de la population, la direction a répondu à 41 163 infoconsultations. Par ailleurs, 4 081 signalements ont été retenus pour une évaluation en comparaison des 4 001 l'année dernière. Au cours de l'année 2018-2019, 2 762 enfants ont fait l'objet d'un suivi régulier de la part de la Direction de la protection de la jeunesse par le biais du secteur d'application des mesures. Près de 73 % des enfants faisant l'objet d'un suivi en protection de la jeunesse sont hébergés dans leur milieu familial ou élargi.

3.2.4.2 PROJET SIAM

Enjeux

Après plus de quatre ans de développement de projet en coconstruction avec la Direction de la recherche et les partenaires, le projet SIAM a accueilli sa première famille, le 27 août 2018. En prévision de l'ouverture, plusieurs directions du CIUSSS ont offert leur soutien. Des investissements importants de la part des partenaires et du CIUSSS, et l'octroi de subventions, ont permis la création d'un lieu chaleureux.

Réalisations

Le bilan des premiers sept mois de fonctionnement est concluant : le SIAM a accueilli plus de 250 enfants et familles. En plaçant l'enfant au cœur des services, les familles ont maintenant accès, en un seul lieu, à plusieurs services nécessaires à l'enfant victime d'abus et à son parent non abuseur. La continuité des services est facilitée par la proximité des partenaires et la création d'un nouveau rôle à la coordination clinique. Le soutien de la recherche se poursuit afin de mesurer les impacts du projet.

3.2.4.3 PROJET INTERGÉNÉRATIONS

Enjeux

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de besoins importants dans les CHSLD du CIUSSS, un partenariat audacieux et positif a été mis de l'avant auprès

des aînés du centre d'hébergement et de soins de longue durée du centre Alzheimer Le Faubourg. Au cours de l'automne 2018, la Direction de la protection de la jeunesse s'est allié à la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées pour réaliser un projet innovateur ayant pour objectifs de :

- Permettre aux jeunes recevant des services en protection de la jeunesse de ressentir le sentiment de compétence que procure le fait de partager du temps de qualité avec les aînés ;
- Soutenir et consolider le transfert des acquis des jeunes quant aux habiletés sociales et de communication.

Le Programme de réadaptation par le travail de la Direction du programme Jeunesse s'est associé à ce projet dans le cadre d'une occasion de stage exploratoire pour les jeunes.

Réalisations

Les retombées 2018-2019 :

- 14 jeunes de provenances diverses (hébergés en centre de réadaptation, en ressource de type famille d'accueil ou au domicile familial) ont participé au projet ;
- Les jeunes se sont impliqués à une fréquence de 2 jours par semaine depuis l'automne 2018 ;
- Les jeunes sont fiers de leur implication et se découvrent des intérêts ;
- Un jeune qui a participé au projet par le Programme de réadaptation par le travail a été officiellement engagé par le CIUSSS pour travailler dans le secteur de l'entretien ménager ;
- La collaboration entre les différentes directions impliquées dans le projet est une plus-value pour les usagers du CIUSSS.

3.2.4.4 GROUPE PROJETS ET SOUTIEN

Enjeux

Ce programme, cité dans le plan d'action ministériel *Les fugues en centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation : prévenir pour mieux intervenir*, diffusé au printemps 2018, est une initiative de la Direction de la protection de la jeunesse. Il vise l'actualisation des meilleures pratiques entourant la fugue (avant, pendant et après) auprès des jeunes.

Réalisations

Les retombées 2018-2019 :

- 15 jeunes hébergés en centre de réadaptation, à l'Escale et au Gouvernail, ont participé au programme Groupe Projets et soutien (GPS) totalisant 186 présences à l'intérieur de 46 plages d'activités ;
- Une diminution du nombre de fugues (348 comparativement à 499 en 2017-2018) ;
- Une réduction de la durée des fugues ;
- Des jeunes hébergés se présentent aux activités du GPS alors qu'ils sont en fugue et font le choix de revenir en centre de réadaptation avec les intervenants ;
- Le GPS demeure un lieu où ils se sentent bien, considérés et écoutés ;
- Les jeunes se réalisent et s'affilient à un groupe d'appartenance ;
- La création et le maintien des liens avec des travailleurs de rue du milieu communautaire (alliance thérapeutique) ;
- Une contribution essentielle des familles, des intervenants psychosociaux et des partenaires du CIUSSS.

3.2.5 DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES

Enjeux

Le principal enjeu observé pour l'année 2018-2019 est la nécessité d'être plus réactifs aux besoins des usagers dans la communauté afin d'agir rapidement et d'éviter que leur situation se détériore, d'où l'intensité des travaux effectués pour l'évolution de l'offre de service de la direction. Parmi les préoccupations prises en compte, notons aussi l'adaptation des services :

- en fonction des réalités liées aux troubles concomitants ;
- pour assurer la continuité, notamment lors du passage des services jeunesse aux services pour adultes.

La disponibilité des ressources humaines ainsi que la difficulté de remplacement du personnel, incluant les effectifs médicaux, sont également une préoccupation de plus en plus présente.

Réalisations

La Direction des programmes Santé mentale et Dépendances (DSMD) poursuit des objectifs de qualité et de performance en plaçant l'usager au centre de ses décisions et de ses actions. Après une année bien occupée, voici le bilan des réalisations pour 2018-2019 :

- Ouverture à Québec de la première ressource d'assistance continue (RAC) en santé mentale

adulte pouvant accueillir 16 usagers. Celle-ci offre un milieu de vie spécialisé d'adaptation, de réadaptation et de soins psychiatriques intensifs pour des personnes présentant un trouble de santé mentale grave et un trouble grave de comportement auquel peut s'ajouter un problème de consommation qui compromet leur intégration sociale ;

- Ajout de ressources et développement de l'offre de groupe en traitement de première ligne. Cela a eu un impact positif sur nos délais d'accès. Près de 200 groupes ont été formés cette année dans la région de Québec ;
- Déploiement de l'unité de traitement bref (UTB). Elle est destinée aux usagers hospitalisés pour une condition aiguë, mais transitoire, et pour laquelle une observation et un traitement à très court terme sont privilégiés. La durée prévue d'hospitalisation varie de 24 heures à un maximum de 7 jours ;
- Déploiement de la seconde équipe de traitement intensif bref à domicile (TIBD). Elle offre un traitement au domicile des personnes souffrant de psychose et qui présentent une détérioration rapide et importante de leur état mental d'une sévérité telle que l'hospitalisation ne peut être évitée, malgré les services de traitement ambulatoire ;
- Révision du modèle d'organisation des services d'urgence psychiatrique sur 2 pôles ;
- Consolidation des équipes de suivi dans la communauté. Mise en place de la sixième équipe de suivi intensif (SIM) qui offre des services de réadaptation et de soutien dans le milieu de vie de l'usager présentant un trouble mental grave dont la condition est généralement stable. Les services comprennent aussi un volet s'adressant aux personnes en situation d'itinérance. Les rencontres ont lieu de deux à sept fois par mois ;
- Consolidation et optimisation des hôpitaux de jour. L'augmentation significative de la capacité d'accueil de nos hôpitaux de jour constitue une excellente alternative à l'hospitalisation ;
- Ajout de ressources dans les secteurs de première ligne. Le but est de favoriser les services de proximité, mais également des services mieux adaptés pour répondre aux besoins de la clientèle ;
- Programme intégré de soutien à l'emploi. Intégration en emploi de 46 personnes sur le marché du travail régulier ;
- Mise en place d'une équipe mixte de stabilisation résidentielle avec accompagnement (SRA), en partenariat avec l'organisme communautaire PECH (partenariat innovant). L'équipe offre aux personnes en situation d'itinérance chronique des services de réintégration sociale et d'accompagnement dans le but de leur procurer un logement permanent ;
- Développement d'une offre de service en cyberdépendance à la suite du dépôt du Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2021 ;
- Mise en place d'une table de concertation intersectorielle en santé mentale et création de groupes de travail sur la lutte à la stigmatisation, la participation des familles et des proches, la défense des droits des usagers, etc. ;
- Déploiement d'une capsule sur les droits animée par un pair aidant et une personne utilisatrice de services. Réalisation d'un sondage sur la connaissance des droits des personnes utilisatrices de services.

Priorités

Poursuite de la révision de l'organisation des soins et des services régionaux en santé mentale et en dépendances :

- Offrir des soins et des services de proximité dans la communauté, adaptés aux besoins de la population, accessibles en temps opportun. Garantir une offre de service intégrée et complémentaire avec les partenaires de la communauté ;
- Favoriser une fluidité des trajectoires pour l'usager dans le continuum de soins et de services ;
- Promouvoir une approche de rétablissement et placer l'usager et ses proches au cœur de l'action ;
- Assurer l'utilisation efficiente des soins, des services et des ressources dans le but d'offrir le bon service par le bon intervenant au bon endroit et au bon moment ;
- Réviser les pratiques cliniques en s'appuyant sur les données probantes et les meilleures pratiques afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services et en mettant de l'avant les pratiques collaboratives.

3.2.6 DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE

Enjeux

Augmentation des besoins en application des mesures

La hausse des signalements en protection de la jeunesse au cours des trois dernières années s'est traduite par une augmentation de 18 % (dont 5 % en 2018-2019) de

la clientèle dans le secteur de l'application des mesures. Considérant que la Direction du programme Jeunesse vise zéro délai d'attente pour ce secteur, plus de 30 professionnels et un gestionnaire prêtent main-forte aux équipes existantes. Ces ajouts temporaires permettent de répondre rapidement aux besoins de protection des enfants.

Hausse de l'assurance salaire dans un contexte de pénurie de la main-d'œuvre

La pression accrue sur les services a entrainé une hausse préoccupante du taux d'assurance salaire. Une collaboration soutenue, entre la Direction du programme Jeunesse, la Direction de la protection de la jeunesse et la Direction des ressources humaines et des communications, a permis de diminuer ce taux. Ainsi, en plus des renforts temporaires, la direction a été en mesure d'ajouter 20 postes permanents. Ces derniers contribuent à stabiliser la main-d'œuvre, à préserver l'expertise requise dans ce secteur et ainsi à maintenir une qualité optimale du service à l'usager.

Réalisations

Nouvelle offre de service pour les enfants présentant des indices de retard de développement (0-5 ans)

Depuis l'automne 2018, cette nouvelle offre de service permet aux parents et aux enfants de bénéficier de l'accompagnement d'une équipe intégrée tout au long de leur cheminement et d'avoir accès plus rapidement aux services ou à l'émission d'un diagnostic.

Ainsi, tous les usagers sont contactés dans les 24 heures suivant la réception de leur demande et un premier service leur est offert dans un délai de 10 à 15 jours. Seules 5 % des demandes reçues nécessitent une évaluation en pédopsychiatrie ; la majorité obtient un diagnostic de l'équipe intégrée de première ligne.

Mise en place d'un comité d'amélioration des pratiques en vaccination du nourrisson

Ce comité a été formé afin de soutenir les infirmières sur le terrain dans l'adoption des meilleures pratiques en vaccination du nourrisson. Son mandat consiste à identifier les éléments et les causes souches en lien avec les erreurs vaccinales les plus courantes ainsi que les difficultés vécues dans la pratique par les infirmières. Il peut émettre des recommandations visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la pratique. Le comité a également intégré l'usager à la démarche d'amélioration continue en effectuant une consultation par sondage.

Jeunes en difficulté : intensification du programme Triple P

Par la simplification de la trajectoire d'accès et en rejoignant un plus grand nombre de parents, les participants à ce programme de développement des compétences parentales démontrent un niveau de satisfaction élevé. En 2018, 96 conférences publiques ont été présentées en collaboration avec différents organismes partenaires, sur le territoire du CIUSSS. Pour en savoir davantage sur ces conférences et sur les autres services du programme Triple P ou pour accéder à ces services, les parents peuvent se rendre directement au **www.parentspositifs.ca**.

Projet L'Envolée : pratique innovante pour soutenir l'enfant hébergé en foyer de groupe dans sa transition vers son milieu familial et favoriser l'actualisation de son projet de vie

En collaboration avec la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires et le Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles, ce projet est en expérimentation dans deux foyers de groupe de 9 à 13 ans. Il vise à offrir une réponse adaptée aux besoins évolutifs des jeunes hébergés en foyers de groupe, à assurer leur transition vers le milieu familial en offrant l'encadrement requis, à favoriser leur maintien dans ce milieu de vie et à actualiser leur projet de vie.

Atelier d'exploration en CHSLD

Par la mise en place de stages exploratoires en CHSLD, le programme de réadaptation par le travail bonifie l'offre de service déjà offerte aux usagers en suivi à la Direction de la protection de la jeunesse qui ne fréquentent plus l'école de façon régulière et qui souhaitent développer des habiletés de travail. Il s'agit d'une collaboration exceptionnelle entre la Direction du programme Jeunesse et la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées. Depuis novembre 2018, 9 jeunes accompagnés d'une éducatrice de la direction offrent des activités de loisirs aux personnes âgées atteintes de démence et d'Alzheimer et contribuent à l'entretien ménager. Les commentaires reçus de tous les acteurs impliqués sont fort encourageants puisqu'il s'agit d'un projet novateur avec des retombées positives pour chacun.

Priorités

Poursuite des travaux de stabilisation des équipes en application des mesures

- → Expérimentation d'un modèle de gestion et de coordination pour le service des visites supervisées qui permettra de concentrer l'expertise des intervenants sur les tâches qui leur sont réservées, et d'augmenter l'intensité des services à l'application des mesures.
- → Actualisation de projets favorisant la continuité entre les services de proximité et l'application des mesures visant à diminuer le taux de prise en charge en protection de la jeunesse.

Transformation des guichets d'accès en santé mentale jeunesse

En cohérence avec le projet d'accès intégré et harmonisé du CIUSSS, la Direction du programme Jeunesse procède à cette transformation pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services.

L'expérimentation d'une nouvelle trajectoire en santé mentale jeunesse est en cours dans un secteur spécifique. Dans un délai maximal de 10 jours suivant la réception de la demande, cette trajectoire permet d'offrir au jeune présentant des troubles de santé mentale ainsi qu'à sa famille les services d'une infirmière clinicienne en santé mentale (navigatrice). Cette dernière accompagne le jeune et sa famille tout au long de son cheminement dans les services. Elle travaille en étroite collaboration avec les omnipraticiens et les services en pédopsychiatrie afin de répondre au besoin prioritaire du jeune ; seules les situations complexes sont adressées au Centre de pédopsychiatrie. Auparavant, les services directs débutaient entre 30 et 60 jours après la demande.

3.2.7 DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

La Direction des soins infirmiers est responsable à la fois du soutien professionnel et du développement des pratiques en soins infirmiers, de la coordination d'activités ainsi que de la gestion de plusieurs services de santé généraux. Les faits saillants de l'année dans chacun des trois volets ont permis de rehausser la qualité des soins infirmiers ainsi que d'harmoniser et consolider l'offre de service.

3.2.7.1 SOUTIEN PROFESSIONNEL ET DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES

Réalisations

→ Poursuite de la formation de 25 heures des infirmières techniciennes portant sur l'examen physique et mental. Au total, 84 % des infirmières visées par cette mesure ont été formées.

Encadrement et soutien clinique

→ Poursuite du programme d'orientation structuré offert aux 337 nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires.

→ Mise en œuvre du programme harmonisé de préceptorat ; 600 infirmières et infirmières auxiliaires ont bénéficié de cette mesure de soutien.

→ Rehaussement des compétences cliniques du personnel infirmier sur les arythmies cardiaques en partenariat avec l'Université Laval et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec.

→ Intégration des bonnes pratiques en soins infirmiers au centre d'hébergement Saint-Augustin par la mise en place d'une salle de suivi clinique opérationnelle. Déploiement effectué dans 15 CHSLD. Un plan de déploiement pour les autres CHSLD a été préparé.

→ Élaboration et diffusion de la Politique et du protocole relatif à l'hygiène des mains et élaboration d'un plan d'action et de communication.

→ Collaboration au projet vitrine Centre Alzheimer pour la mise en place de recommandations en prévention et contrôle des infections adaptées à ce type de clientèle.

→ Comité directeur sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle :

- Rédaction de la procédure pour la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées ;
- Réalisation d'environ 90 avis ou consultations cliniques, dont 12 avis écrits concernant des demandes de dérogation.

→ Recours à la surveillance constante des usagers :

- Déploiement de la procédure dans les unités d'hospitalisation en pédopsychiatrie et dans l'ensemble de l'établissement au cours des 24 prochains mois ;
- Suivi de 110 usagers ayant fait l'objet d'une surveillance.

→ Collaboration à toutes les phases de planification en lien avec les activités cliniques du Sommet du G7.

→ Élaboration et mise en place du programme de formation et de soutien pour le personnel de l'équipe de soins de la maison de répit et de soins palliatifs pédiatriques Lémerveil Suzanne Vachon.

Constat de décès à distance en CHSLD

→ Mise en place d'un protocole permettant à l'infirmière de transmettre le résultat de son évaluation lors du décès d'un résident afin que le médecin puisse procéder au constat de décès à distance.

Service de garde infirmière 24/7 : trousse médico-légale destinée aux victimes d'agression sexuelle de la région de Québec

→ Augmentation du recours au service : près de 150 victimes ont été rencontrées en collaboration avec Viol-Secours et le CHU de Québec-Université Laval.

→ Obtention du *Prix régional Innovation clinique de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec* pour la garde infirmière en agression sexuelle.

Service des télésoins à domicile (TSD)

→ Augmentation significative du nombre d'usagers inscrits : plus de 80 usagers.

→ Mise en place d'un plan d'action pour améliorer le taux de référence aux TSD.

Réalisation d'un projet de ratio (professionnelles en soins/patients)

→ Les nombreux impacts positifs du projet de ratio au CHSLD de l'Hôpital général de Québec permettent l'amélioration des compétences du personnel infirmier et favorisent l'utilisation complète de ses champs de pratique.

3.2.7.2 SERVICES DE SANTÉ GÉNÉRAUX

Réalisations

→ Mise en place d'une centrale de rendez-vous pour les programmes de santé publique, la protection de la jeunesse, les services courants et les prélèvements pour le secteur de la Vieille-Capitale.

→ Réorganisation du centre de prélèvements au CLSC La Source-Nord (plages horaires avec et sans rendez-vous).

Amélioration des services à la Clinique santé des réfugiés

→ Centralisation des listes d'attente.

→ Création et distribution des carnets de santé.

→ Diffusion d'un plan de communication pour la région 03.

Réalisation d'un projet pilote (suivi de la clientèle diabétique)

→ Prise en charge d'une cohorte d'usagers atteints de diabète de type II suivie en clinique externe spécialisée, et mise en place d'un corridor de service au CLSC Limoilou.

3.2.7.3 COORDINATION D'ACTIVITÉS

Réalisation

→ Mise en place d'un comité de coordination de la continuité des opérations en partenariat avec la DRHC pour assurer une gestion optimale lors de situations particulières (tempêtes hivernales, panne électrique majeure, fermeture des ponts, etc.).

3.2.8 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

3.2.8.1 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Enjeux

→ Participation, depuis octobre 2018, au projet de recherche B-Card qui vise à évaluer l'impact et les obstacles associés à l'intégration d'un dispositif de ventilation continue lors d'une situation d'arrêt cardiorespiratoire en préhospitalier.

→ Projet de paramédecine communautaire, en collaboration avec la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires. L'objectif est de mettre en place des processus de référencement sécuritaire pour que certains usagers, qui requièrent un transport ambulancier vers une urgence, puissent éventuellement être adressés par les techniciens ambulanciers à une autre ressource plus appropriée à leurs besoins.

→ Changements apportés à la trajectoire à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Du 5 février 2018 au 5 février 2019, 43 patients de plus ont été transportés par ambulance directement à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et ont pu bénéficier d'une évaluation de l'admissibilité à un traitement de reperfusion cérébrale grâce à cette modification.

→ Formations données aux techniciens ambulanciers, aux premiers répondants, aux policiers et aux employés :

- 380 heures de formation aux premiers répondants et aux policiers ;
- 320 heures de formation en réanimation cardio-respiratoire ;
- 2 500 heures de formation aux techniciens ambulanciers.

3.2.8.2 SERVICES SPÉCIALISÉS ET SERVICES DIAGNOSTIQUES

Enjeux

Les enjeux des services spécialisés et services diagnostiques au CIUSSS sont multiples. Les équipes travaillent afin d'offrir à la clientèle une proximité de service dans leur territoire, un accès rapide et efficace à des soins et des services sécuritaires et de qualité.

Réalisations

→ Augmentation de l'offre de service en soirée en radiologie depuis le 6 janvier 2019 à l'Hôpital régional de Portneuf ainsi qu'au CLSC de Saint-Marc-des-Carrières.

Accès aux services d'échographie

→ La formation en cours à l'édifice Christ-Roi pour des technologues spécialisés en échographie cardiaque avec une pratique autonome améliorera l'offre de service.

Hémodialyse

→ Ouverture des services d'hémodialyse à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul le 4 avril 2018. Six chaises d'hémodialyse sont maintenant disponibles pour les usagers du territoire de Charlevoix.

Centre de répartition des demandes de service (CRDS)

→ Déploiement de la phase 2 du CRDS le 4 septembre 2018, et de la phase 3 le 26 mars 2019. Au total, 16 spécialités sont maintenant couvertes pour une première demande de consultation.

Gynécologie et urologie

→ Une entente de service conclue avec le CHU de Québec-Universaité Laval a consolidé l'offre de service en gynécologie et permis la reprise des activités en urologie dans le territoire de Charlevoix.

Qualité et sécurité des services

→ Des efforts continus sont déployés afin d'assurer des services sécuritaires et de meilleure qualité aux usagers. Par exemple, l'acquisition d'équipements pour la désinfection de haut niveau des sondes à ultrasons constitue une avancée importante.

Priorités

→ Consolidation de l'offre de service spécialisé pour le territoire de Portneuf, notamment.

→ Rehaussement et finalisation des unités endoscopiques ainsi que la mise en place de la procédure de désanticoagulation des usagers ayant une colonoscopie selon les recommandations du comité régional.

→ Poursuite des travaux entourant le plan clinique de Portneuf.

3.2.8.3 PROJET CLINIQUE DE PORTNEUF

Le MSSS a autorisé, en 2018, le développement de services spécialisés de proximité pour la population de Portneuf. Le projet s'est poursuivi cette année, notamment sur l'actualisation des plans, afin d'offrir des services adaptés et répondant aux normes reconnues dans le milieu. Le plan clinique porte sur le :

- Développement de services diagnostiques avec l'acquisition d'un tomodensitomètre ;
- Développement de services d'hémodialyse incluant huit chaises de traitement afin de remplacer les services ambulants d'hémodialyse par autobus présentement disponibles ;
- Développement de services d'hémato-oncologie incluant sept chaises de traitement.

Lors des travaux sur le plan clinique, certaines opportunités ont été analysées ou sont en cours d'analyse, notamment :

- Le déplacement de la pharmacie actuelle à proximité des services d'hémato-oncologie et l'ajout d'une hotte stérile. Cela améliorerait le circuit intégré de production de la médication et permettrait de respecter des normes élevées de qualité et de sécurité pour les usagers ;
- La consolidation des services de médecine de jour et des consultations externes spécialisées ;
- Le réaménagement de l'urgence.

Ces travaux majeurs permettront du même coup de rehausser l'état du bâtiment afin d'assurer un environnement sécuritaire et de qualité dans la prestation de services aux citoyens de Portneuf. Par ailleurs, le tomodensitomètre sera opérationnel en 2020 et la fin des travaux pour l'urgence, les soins ambulatoires et la pharmacie est prévue en 2021.

3.2.8.4 URGENCES

Enjeux

→ Défi du recrutement dans les secteurs de Charlevoix et de Portneuf – impact majeur sur le temps supplémentaire.

→ Mouvement du personnel versus le maintien en emploi.

→ Défi du recrutement de nouveaux médecins.

Réalisations

→ Participation active et volontaire de l'ensemble des employés des urgences au Sommet du G7.

→ Élaboration du code orange. Cohérence régionale pour la gestion d'arrivée massive de blessés.

→ Révision de l'organisation du travail pour plusieurs urgences afin d'optimiser la mise à niveau clinique selon les meilleures pratiques.

→ Création du département d'urgence pour favoriser la cohérence et le leadership partagé entre les sept urgences du CIUSSS.

→ Concentration de nos efforts dans le projet de réorientation des patients ayant une cote de priorité P4 et P5 au triage. Un corridor de service

avec les supercliniques et les GMF est en processus de déploiement. Mise en place rapide des cliniques hivernales et désengorgement régional des urgences.

Priorités

→ Poursuivre les travaux de réorientation des patients ayant une cote de priorité P4 et P5 au triage et accompagner les usagers.

→ Poursuivre le plan d'amélioration de la qualité au triage dans un continuum.

→ Uniformiser les plans de contingence des urgences selon l'organisation de chacune.

→ Poursuivre nos efforts pour atteindre les cibles ministérielles.

→ Réduire le temps supplémentaire dans les urgences, particulièrement le temps supplémentaire obligatoire (TSO).

→ Réviser l'ensemble des processus de l'organisation du travail par urgence afin d'améliorer la performance de chacune.

3.2.8.5 GOUVERNE MÉDICALE

La *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*, adoptée le 10 novembre 2017, a significativement modifié le plan d'organisation clinique des établissements de santé du Québec.

Le 18 décembre 2018, le conseil d'administration du CIUSSS a adopté le nouveau plan d'organisation médical, qui compte maintenant huit départements cliniques :

- Le Département de médecine d'urgence : il regroupe les six sites comportant une urgence et le Centre Antipoison du Québec ;
- Le Département de psychiatrie : il regroupe les secteurs pour adultes, pour les enfants et les adolescents ;
- Le Département de médecine générale : il comprend les soins ambulatoires, les soins aux personnes âgées, l'hébergement, l'hospitalisation, l'obstétrique, les soins à domicile et les soins palliatifs ;
- Le Département d'imagerie médicale ;
- Le Département d'anesthésie et de chirurgie : il regroupe l'anesthésiologie, la chirurgie générale et spécialisée, la dentisterie et l'ophtalmologie ;
- Le Département de médecine spécialisée : il comprend la gastroentérologie, la gériatrie, la médecine interne, la neurologie, la pédiatrie et la physiatrie ;
- Le Département de pharmacie ;
- Le Département de santé publique.

Chaque département ainsi créé se retrouve sous la gouverne d'un chef médical ou d'un pharmacien, selon le contexte.

3.2.8.6 ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE (GAMF, GMF, CLINIQUES HIVERNALES)

Réalisations

Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)

→ 60 000 personnes sont inscrites au guichet, soit environ 8 % de la population.

→ Élaboration d'un plan d'action afin de favoriser la plus grande prise en charge des personnes en attente dans le GAMF. Ce plan d'action comporte notamment des actions visant à :

- Réévaluer les dossiers en attente et inscrits avant 2017 ;
- Favoriser la prise en charge de la clientèle ayant des problèmes de santé mentale ;
- Favoriser la prise en charge de la clientèle ayant besoin de soutien à domicile ;
- Favoriser la prise en charge des nouveau-nés.

Groupe de médecine de famille (GMF)

→ La région de la Capitale-Nationale compte actuellement 33 GMF, dont 6 GMF-R et 5 GMF-U, totalisant près de 535 000 personnes inscrites. Des démarches sont actuellement en cours pour désigner un septième GMF-R.

→ Révision en cours de la structure de gouvernance des GMF, GMF-R et GMF-U, afin de favoriser, entre autres, la participation des médecins responsables des GMF.

Cliniques hivernales

→ Contribution à la mise en place de deux cliniques hivernales entre le 21 janvier et le 1er mars 2019 qui ont réalisé plus de 1 600 consultations.

3.2.8.7 CANCÉROLOGIE

Enjeux

Assurer une coordination cohérente de la cancérologie pour la région de la Capitale-Nationale et améliorer la qualité et la sécurité des services ainsi que l'accessibilité de ceux-ci, en cohérence avec les trajectoires régionales ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

Réalisations

→ Dépistage des cancers – un plan de transition vers la nouvelle structure de gouvernance des cancers a été déposé au ministère.

→ Poursuite des actions en lien avec le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal.

→ Création d'un comité-conseil régional des personnes touchées par le cancer pour mieux sonder les besoins et les difficultés vécues, assurer leur participation à la planification et à l'organisation des soins et des services.

→ Amélioration des délais de référence par les guichets d'investigation rapide des usagers qui présentent des indices de cancer du poumon.

→ Poursuite des travaux en vue de l'ouverture des services d'hémato-oncologie de la région de Portneuf qui devraient les offrir en tout temps, dans les délais requis, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein ainsi que pour la chirurgie oncologique.

→ Sécurité : mise à niveau de la méthode de soins infirmiers pour l'administration d'agents antinéoplasiques par voie intraveineuse.

3.2.9 DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES

Enjeux

De par les mandats transversaux sous sa responsabilité[1], la Direction des services multidisciplinaires (DSM) requiert de nombreux arrimages avec les directions de soutien et les directions de programmes. Son rôle induit la responsabilité d'une diversité de mandats et de représentations tant à l'interne qu'à l'externe, d'une implication assidue aux travaux de l'Institut universitaire de première ligne (IUPL), de même que de différents services à la clientèle.

Réalisations

Les priorités d'action de la dernière année ont porté sur :

- L'intégration de la gouverne des services Info-Santé et Info-Social ;
- Le rehaussement des services psychosociaux généraux (SPG) ;
- La transformation des guichets d'accès et leur rapprochement entre l'expertise développée et le soutien aux référents ;
- L'accompagnement de toutes les parties prenantes interdirections en soutien à la mise en œuvre d'un continuum de services ;
- Les travaux d'amélioration significative de l'accès aux soins et aux services se sont traduits par :
  - La diminution des étapes du processus de travail et des trajectoires de services ;
  - Le renforcement d'une pratique de type équipe collaborative à laquelle s'associe l'usager ;
  - L'implantation d'une pratique de pointe axée sur l'analyse du besoin prioritaire. Le Service 811 offre une réponse immédiate et terminale alors que les SPG en CLSC et en GMF améliorent l'offre de service de courte durée par l'entrevue motivationnelle et les autotests de détermination du profil de santé mentale, tout en assumant des fonctions d'accès qui orientent l'usager vers le bon service, en temps opportun ;
  - La consolidation et le déploiement des équipes d'organisation de soins et de services en milieux hospitaliers. Ces équipes ont un impact significatif sur la gestion de l'épisode de soins, car elles préconisent une prise en charge précoce. Le repérage des clientèles vulnérables est fait dès l'urgence par une dyade travailleur social/infirmière. Il mène à une analyse partagée des besoins et à une identification conjointe, avec l'usager et ses proches, des actions à prioriser pour un retour à domicile sécuritaire et une continuité de service avec le réseau local de services. L'intégration des expertises santé et sociale assure à l'usager un accompagnement par un même intervenant, tout au long de son parcours, et favorise l'établissement d'un lien de confiance face aux choix et aux orientations à envisager ;
- La coordination du déploiement des équipes psychosociales en sécurité civile lors du Sommet du G7. En cours d'année, ces mêmes équipes, en collaboration avec les acteurs des autres volets de la sécurité civile, ont mené diverses interventions auprès de la population lors de situations d'urgence. Elles ont tenu des activités de repérage et d'orientation requises en contexte traumatique

1. Tant aux portes d'entrée des services psychosociaux généraux, aux activités de liaison en milieux hospitaliers, aux archives qu'au soutien à la pratique clinique de plus de 5000 professionnels d'une quarantaine de disciplines différentes

dans une perspective de soutien psychologique à la population ;

- La coordination des travaux liés
  - à la prévention du suicide et des chutes,
  - aux pratiques d'intervention en matière de fugues,
  - à la collaboration interprofessionnelle, avec le soutien du Centre d'expertise du réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles. Ces projets à portée transversale ont pour objectif d'optimiser et de soutenir les pratiques cliniques afin d'assurer des services de qualité et sécuritaires,
  - à la poursuite des travaux de déploiement du Dossier clinique informatisé avec la DRI,
  - à l'élaboration et la diffusion de son offre de service en matière de bénévolat et de soins spirituels à l'intention des clientèles majeures inaptes,
  - à plusieurs mandats interdirections et ministériels visant à soutenir le développement des pratiques collaboratives et l'élaboration de standards de pratiques professionnelles.

Priorités

→ Des paramètres critiques seront identifiés et déployés pour le projet d'accès intégré et harmonisé. La DSM portera ce mandat ministériel de deux ans qui vise à soutenir la mise en œuvre du projet, sur le plan provincial. La DSM encadrera la réalisation d'un projet subventionné de développement d'une pratique de pointe.

→ Dans le contexte d'implantation des mesures d'urgence, elle réalisera des activités de soutien et d'accompagnement au sein des installations du CIUSSS, notamment pour favoriser l'appropriation de la procédure du code blanc qui signale la présence d'une personne violente. Elle verra ahussi à l'élaboration de la procédure du code jaune qui lance un avis de recherche pour un usager manquant.

→ La direction actualisera la structure de soutien clinique, assumera l'élaboration et la diffusion de divers cadres de référence, guides de pratique ou de standards, en appuiera l'appropriation et contribuera à différents projets de recherche.

→ La direction déploiera progressivement trois projets d'intervention de proximité au sein de communautés locales vulnérables de même qu'une offre de service en prévention des polarisations sociales et de la radicalisation violente.

→ Elle mettra en place des salles de pilotage et des mesures de performance dans tous ses secteurs d'activités.

3.2.10 DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES

Enjeux

→ Pénurie de personnel en groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U).

→ Libération des cliniciens pour contribuer aux affaires universitaires.

→ Capacité d'appropriation des milieux et transfert de connaissances.

→ Dotation de ressources humaines spécialisées pour la mission universitaire.

→ Mesure des retombées de la mission universitaire.

Réalisations

Les deux principales responsabilités de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU) sont :

- Offrir des soins et des services cliniques dans les cinq GMF-U ;
- Soutenir les directions dans leurs obligations en matière universitaire, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts à la clientèle, tout en développant les dimensions de la mission universitaire placées sous sa responsabilité.

Avec l'étroite collaboration de la Direction de la recherche, la DEAU est responsable du processus de renouvellement des quatre désignations universitaires du CIUSSS, soit : Jeunesse, Déficience physique, Santé mentale et Première ligne en santé et services sociaux.

La DEAU regroupe les services suivants :

- 5 GMF-U (de Maizerets, Laurier, Quatre-Bourgeois, Saint-François-d'Assise, de la Haute-Ville) ;
- Enseignement médical ;
- Enseignement pluridisciplinaire ;
- Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et bibliothèque ;
- Développement des pratiques innovantes, de leur évaluation et du transfert des connaissances ;
- Valorisation des connaissances, formation réseau et rayonnement.

GMF-U

Les GMF-U sont des milieux de pratique de première ligne qui offrent des soins et des services exemplaires, novateurs et en collaboration interprofessionnelle. Ils sont également des lieux privilégiés de recherche et d'enseignement :

- 60 000 usagers inscrits ;
- Plus de 135 000 visites par an dans les 5 GMF-U ;
- 3 GMF-U avec plus de 15 000 inscriptions pondérées;
- 2 GMF-U avec plus de 12 000 inscriptions pondérées;
- Taux d'assiduité supérieur à 80 % pour les 5 GMF-U ;
- Formation de 158 résidents en médecine de famille ;
- Participation active à plus de 20 projets de recherche en collaboration avec le Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne de l'Université Laval ;
- Contribution de plus de 10 usagers partenaires, avec le soutien du Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique, à l'organisation des soins et des services de nos GMF-U ;
- Mise en place d'un projet interdirections de développement d'une unité d'enseignement en gériatrie ;
- Mise en place d'une culture d'amélioration continue structurée et planifiée (agents d'amélioration continue de la qualité, comité local d'amélioration continue de la qualité, sondage, etc.) dans tous les GMF-U.

Enseignement

→ Gestion de 3 935 stages dans 56 disciplines pluridisciplinaires pour un total de 61 565 jours-stages (secondaire, collégial et universitaire).

→ Gestion de 53 041 jours-stages liés à l'enseignement médical.

→ Prise en charge du dossier d'agent payeur pour la médecine de famille et la santé publique.

→ Mise en place d'une salle d'enseignement en santé publique.

→ Élaboration et distribution d'outils de promotion et de reconnaissance pour les superviseurs.

→ Consolidation du programme d'accueil et d'orientation pour les nouveaux superviseurs et de l'offre de soutien pédagogique à la supervision.

Affaires universitaires

→ Maintien de la désignation universitaire de première ligne en santé et services sociaux.

→ Structure de gouvernance de la mission universitaire active :

NOMBRE DE VISITES, INSCRIPTIONS PONDÉRÉES ET TAUX D'ASSIDUITÉ DANS LES GMF-U

	GMF-U de la Haute-Ville	GMF-U de Maizerets	GMF-U Laurier	GMF-U Quatre-Bourgeois	GMF-U Saint-François d'Assise
Nombre de visites	24 355	35 132	23 005	27 998	25 091
Inscriptions pondérées	16 712	17 462	13 721	14 913	16 486
Taux d'assiduité	83,6%	90,0%	87,5%	88,2%	85,8%

- 11 directions impliquées dans 3 comités tactiques (11 rencontres effectuées) et 3 comités opérationnels (7 rencontres effectuées) ;
- 78 demandes traitées par le Bureau d'innovation et de gestion des connaissances.

→ Développement et diffusion de la formation de formateurs Programme de formation régional à la supervision – niveau débutant.

→ Développement, déploiement et diffusion de la formation Formation de formateurs aux modifications de la LPJ à la suite du PL-99, aspects légaux et applications cliniques :

- 2 salles de pilotage tactiques (direction et direction adjointe) ;
- 7 caucus d'amélioration continue et 5 muscles de résolution de problèmes ;
- 4 projets LEAN ceinture verte en cours.

Priorités

→ Réaliser les mandats nationaux confiés au CIUSSS en lien avec ses désignations universitaires.

→ Réaliser les mandats liés au RUIS-UL.

→ Poursuivre les activités prévues aux plans d'action des désignations universitaires, en collaboration avec les directions concernées, afin de déposer le dossier de candidature au MSSS prévu à l'été 2021 pour le renouvellement des désignations universitaires.

→ Poursuivre les projets liés à l'amélioration continue de la performance et l'implantation optimale du SGIACP pour l'ensemble de la DEAU.

→ Optimiser l'accès aux soins et services adaptés aux besoins des usagers.

→ Valoriser les superviseurs de stages pluridisciplinaires dans leurs fonctions de supervision.

→ Augmenter le nombre de candidates au poste d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) en GMF-U.

→ Accroître les initiatives visant à reconnaitre et à valoriser les expertises et les bons coups du personnel.

→ Poursuivre les actions prévues au plan de communication de la DEAU 2018-2021.

→ Actualiser la Politique sur la propriété intellectuelle et les droits d'auteur ainsi que les procédures associées.

→ Regrouper les services de la bibliothèque dans deux installations.

3.2.11 DIRECTION DE LA RECHERCHE

Enjeux

Le CIUSSS crée un fort potentiel de maillage clinique et de recherche et sa mission universitaire devrait faciliter la réalisation de la recherche, le développement, le transfert et l'appropriation de nouvelles connaissances, pour ainsi accroître plus rapidement la qualité des services offerts aux usagers. Toutefois, sur le plan opérationnel, il s'agit d'un défi de taille de rallier les savoirs expérientiels de nos cliniciens et professionnels de la santé ainsi que les savoirs scientifiques de nos chercheurs. Ce défi s'explique entre autres par les exigences ministérielles imposées qui ne considèrent pas l'implication des cliniciens à des activités de recherche. De plus, avec la pénurie de main-d'œuvre, il est difficile de soutenir l'implantation des nouvelles connaissances dans la pratique clinique. Le mouvement de personnel engendre également une perte d'expertise et crée des délais supplémentaires.

3.2.11.1 CIRRIS

Le Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) a pour mission de contribuer au développement et à la diffusion des connaissances dans le domaine de l'adaptation, de la réadaptation et du soutien à l'intégration sociale.

Réalisations

→ Le CIRRIS a accueilli 7 nouveaux chercheurs ; il compte maintenant 75 chercheurs et 117 étudiants (2e et 3e cycles).

→ Octroi de subventions importantes aux chercheurs du centre, notamment :

- Une subvention de 1 million $ à Émilie Raymond ;
- La création de 3 chaires de recherche dont *Smart Biomedical Microsystems* de Benoit Gosselin, Paralysie cérébrale de Catherine Mercier et Leadership en enseignement de la douleur chronique d'Anne-Marie Pinard.

Priorités

→ Accroître l'innovation en matière de technologies de la réadaptation, notamment la réalité virtuelle et la robotique.

→ Soutenir la préparation, l'accès et le maintien en emploi des personnes ayant une incapacité.

→ Améliorer l'accessibilité des lieux publics pour faire de la ville un lieu plus inclusif.

3.2.11.2 CERSSPL-UL

Le Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL) a

pour mission de produire des connaissances scientifiques de haut niveau sur les soins et les services intégrés de première ligne en vue d'appuyer l'innovation et le développement d'expertises au sein des établissements de santé et de services sociaux, ainsi que de soutenir la transformation et l'optimisation des pratiques et des modes d'organisation de première ligne au bénéfice de la population. Le centre compte 88 chercheurs et 175 étudiants (2e et 3e cycles).

Réalisations

→ Le 5 octobre 2018, l'établissement et l'Université Laval ont eu le plaisir d'annoncer la nomination du Dr Jean-Pierre Després, chercheur de renom, à titre de directeur scientifique du Centre.

→ Octroi de subventions importantes dont :

- Une subvention de 1,5 million $ à France Légaré ;
- Une subvention de 1,1 million $ à France Légaré et Patrick Archambault ;
- Une subvention de 1,4 million $ à Holly Witteman.

→ Parmi les nombreux prix qui ont été reçus : Serge Dumont devient membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé. Jean-Pierre Després et France Légaré font partie du palmarès de *World's Most Influential Scientific Minds* dressé par *Clarivate Analytics*, d'après le répertoire du Web Of Science.

Priorités

→ Majorer sa subvention d'infrastructure à travers le programme de nouveaux centres FRQ-S.

→ Développer le créneau de la promotion de la santé durable et son leadership au sein du projet de rassemblement de la recherche en santé publique et de première ligne à l'Hôtel-Dieu de Québec.

3.2.11.3 CERVO

Le Centre de recherche CERVO a pour mission de faire progresser les connaissances sur les causes et le traitement des maladies neurologiques et psychiatriques par le développement de nouvelles technologies et méthodologies pour percer les mystères du cerveau. Il fait l'arrimage en continu entre la recherche fondamentale et la recherche clinique. Le Centre compte 77 chercheurs et 235 étudiants.

Réalisations

→ La dernière année a débuté en grand avec l'annonce de l'obtention de la cote « exceptionnelle » à son évaluation de centre par le FRQ-S.

→ Le centre a accueilli 7 nouveaux chercheurs et a obtenu cinq nouvelles chaires de recherche permettant à nos jeunes chercheurs de se démarquer. Cette croissance a été reconnue, pour une deuxième année consécutive, par l'organisme *Research Infosource* qui lui a alloué la première place.

→ Octroi de subventions importantes dont :

- Une subvention de 2,1 millions $ à Yves De Koninck ;
- Une subvention de 1 million $ à Armen Saghatelyan ;
- Une subvention de 500 000 $ à Simon Duchesne ;
- Une subvention de 1,2 million $ à Jasna Kriz.

→ Des prix internationaux ont été décernés à Pascale Tremblay et Yves De Koninck pour leur carrière remarquable. André Parent, un pionnier de la recherche sur la maladie de Parkinson, a été nommé officier de l'Ordre du Canada.

Priorités

→ Mener à terme ses travaux d'agrandissement avec la construction de son centre d'imagerie cérébrale consacré à la recherche.

→ Renforcer l'intégration des travaux de recherche au sein de la Direction des programmes Santé mentale et Dépendances.

3.2.11.4 CRUJEF

Le Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF) effectue des travaux de recherche qui ont pour objectif de développer des connaissances sur les jeunes en difficulté et leur famille afin d'améliorer les services qui leur sont offerts. Il compte maintenant 53 chercheurs et 178 étudiants (2e et 3e cycles).

Réalisations

→ Accueil de 5 nouveaux chercheurs réguliers dans son équipe.

→ Octroi de subventions importantes dont :

- Une subvention de 1,2 million $ à Caroline Cellard (subvention à l'interface CRUJeF et CERVO).

Priorités

→ Valoriser la contribution des intervenants agissant à titre de praticiens-chercheurs au Centre d'expertise pour le bien-être et le développement des enfants.

3.2.12 DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉVALUATION, DE LA PERFORMANCE ET DE L'ÉTHIQUE

3.2.12.1 BUREAU DU PARTENARIAT AVEC L'USAGER ET DE L'ÉTHIQUE

Enjeux

→ Établir une démarche globale d'évaluation de l'expérience vécue auprès de l'ensemble des usagers du CIUSSS.

→ Actualiser les meilleures pratiques au regard de l'approche usager partenaire.

→ Clarifier la complémentarité des rôles des membres des comités des usagers et des usagers partenaires.

Réalisations

→ Soutien de l'implication de 139 usagers partenaires dans un des 76 projets d'amélioration des soins et des services tactiques ou stratégiques qui ont débuté au cours de l'année.

→ Traitement de 100 demandes d'évaluation de l'expérience vécue par des usagers ou leurs proches dans le cadre de divers projets d'amélioration.

→ Réalisation, à l'automne 2018, de la première démarche globale d'évaluation de l'expérience vécue par l'ensemble des résidents en centre d'hébergement pour personnes âgées.

→ Diffusion de capsules éthiques sur des thèmes qui préoccupent un grand nombre d'intervenants. Bon coup à poursuivre.

Priorités

→ Assurer l'évaluation de l'expérience vécue par les usagers et leurs proches des directions suivantes : Direction du programme Jeunesse, Direction de la protection de la jeunesse et Direction des programmes Santé mentale et Dépendances.

→ Consolider la reconnaissance des savoirs et des rôles complémentaires des usagers partenaires et des membres des comités des usagers.

3.2.12.2 COORDINATION DU SUIVI DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RESSOURCES

Enjeux

→ À la coordination du suivi de la qualité et de la gestion des ressources (ressources intermédiaires [RI], ressources de type familial [RTF], résidences privées pour aînés [RPA], résidences d'hébergement en dépendance [RHD]), nos enjeux sont les suivants :

- L'adéquation de l'offre de service d'hébergement en RI-RTF avec les besoins de l'ensemble des programmes clientèles ;
- Les difficultés rencontrées par de nombreuses RPA pouvant conduire à leur fermeture.

Réalisations

→ La mise en place d'une trajectoire d'avis de modification de placement des usagers en RI-RTF pour tous les programmes clientèles a permis de suivre le mouvement des usagers dans nos ressources d'hébergement.

→ L'implantation d'un processus d'évaluation et de suivi de la qualité des postulants à titre de familles d'accueil de proximité (PFAP) a permis à certaines d'entre elles de se conformer et d'être reconnues.

→ L'harmonisation du processus de promotion, du recrutement et de l'évaluation d'un postulant à titre de ressource a permis de recruter des ressources répondant aux critères de conformité du cadre de référence quant aux orientations ministérielles.

→ L'implantation d'un processus d'évaluation des normes environnementales des RI-RTF a permis aux milieux de vie des ressources de répondre aux orientations ministérielles dans le processus d'accréditation des RI-RTF.

→ L'implantation du projet de cellule de soutien des RPA à risque de fermeture a permis d'accompagner et de soutenir les RPA dans le maintien de leurs activités.

Priorité

→ Projet de cellule de soutien pour les RPA à risque de fermeture.

3.2.12.3 DIRECTION ADJOINTE DE LA QUALITÉ ET DE L'ÉVALUATION

Réalisations

→ Implantation du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) qui a permis d'effectuer une révision complète de l'arborescence des services et de faciliter la gestion et le suivi des rapports statistiques par les gestionnaires.

→ À la suite de l'adoption de la Politique sur la gestion intégrée des risques par le conseil d'administration en septembre 2018 :

- L'étape d'identification des risques a été réalisée ;
- L'analyse de chacun des risques identifiés a débuté.

Cette démarche se poursuivra au cours de la prochaine année. L'objectif est d'évaluer les risques et d'identifier ceux pour lesquels un plan de traitement devra être mis en place.

→ La DQEPE a réalisé les travaux préalables à l'adoption, en novembre 2018, de la Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Pour faciliter son application, des travaux sont en cours pour élaborer une procédure qui guidera les gestionnaires et les intervenants qui doivent faire face à ce type de situation souvent délicate.

Priorité

→ Poursuivre le processus de la gestion intégrée des risques.

3.2.12.4 COORDINATION DE SÉCURITÉ CIVILE ET DES MESURES D'URGENCE

Enjeux

→ Mobilisation des gestionnaires pour le déploiement des mesures d'urgence.

→ Implication des gestionnaires répondants dans le déploiement des mesures d'urgence.

Réalisations

→ Le CIUSSS a assuré la coordination régionale de la Mission santé de la sécurité civile lors du Sommet du G7 dans Charlevoix.

→ Harmonisation en cours des pratiques en mesures d'urgence pour les douze codes de couleurs.

→ Début du déploiement du Plan opérationnel des mesures d'urgence détaillé (POMUD) dans quelques installations du CIUSSS.

Priorités

→ Déployer le POMUD dans les installations du CIUSSS.

→ Élaborer une planification organisationnelle pour la continuité des affaires.

→ Consolider la structure et les liens avec les partenaires de la sécurité civile régionale.

→ Établir un plan d'action pour des exercices de simulation fréquents dans l'établissement.

3.2.12.5 UNITÉ DE GESTION ET DE SUIVI DE L'INFORMATION

Enjeu

→ Développer des outils pour la reddition de comptes, le soutien à la gouvernance et à l'évaluation de la performance.

Réalisation

→ 5 audits sur la qualité des données touchant les unités de mesure inscrites au rapport financier.

Priorité

→ Maintenir et améliorer le fonctionnement des actifs informationnels accessibles sur le portail de l'unité de gestion et de suivi de l'information pour l'aide à la décision.

3.2.12.6 AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PERFORMANCE

Réalisation

→ Plan d'action 2018-2020 dans le cadre de la démarche de planification stratégique en y intégrant des usagers partenaires.

Priorités

→ Pérenniser la culture d'amélioration continue au sein de toutes les équipes du CIUSSS.

→ Déployer le projet du coût par parcours de soins et de services (CPSS).

3.2.13 DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

Enjeux

Main-d'œuvre

Les services techniques subissent déjà les impacts liés à la pénurie de main-d'œuvre. Dans tous les services, plusieurs postes ne sont pas pourvus, ce qui réduit la capacité de la direction à fournir sa prestation de services optimale. Des efforts soutenus devront être faits pour recruter et développer les compétences des employés.

Gestion des espaces

Les demandes d'espaces étant très nombreuses, la DST proposera des modifications à l'attribution des locaux. Une politique sur l'attribution des espaces sera développée pour aider à répondre aux besoins dans le respect des priorités organisationnelles.

Réalisations – projets d'amélioration continue

Dans le but d'améliorer l'offre de service, plusieurs actions d'amélioration continue ont été réalisées au sein de la Direction des services techniques.

Réorganisation du travail en hygiène et salubrité

Déploiement du plan d'action en hygiène et salubrité afin de répartir les ressources sur le territoire du CIUSSS et

de revoir les routes de travail pour optimiser l'offre de service.

Santé et sécurité au travail

Implantation d'un programme de mise aux normes des gardes de protection des machines et mise à niveau du matériel de protection individuelle.

Participation à la tenue du Sommet du G7

Participation de la DST à plusieurs réalisations, dont l'aménagement de trois centres de décontamination dans les hôpitaux de Charlevoix.

Système de gestion intégrée

Instauration presque complétée des salles de pilotage et des caucus d'amélioration continue dans l'ensemble du territoire.

Plan opérationnel de mesures d'urgence détaillé

Création et uniformisation de l'ensemble des codes de mesures d'urgence portés par la DST. Le déploiement sur plusieurs sites identifiés comme prioritaires est en cours. Les formations et les exercices sont en planification.

Optimisation des mandats de services externes

Regroupement de plusieurs mandats en appel d'offres dans un souci d'efficacité et d'économie d'échelle.

Réalisations – projets immobiliers

Des investissements de 31,5 millions $ prévus dans le Plan de conservation des fonctionnalités immobilières (PCFI) ont été réalisés. Des fonds pour la recherche totalisant 10,5 millions $ ont aussi été investis en projets immobiliers. D'importants efforts sont consentis pour accélérer le décaissement du PCFI et du Plan de conservation en équipements et mobilier (PCEM).

Principaux projets immobiliers

→ Édifice de l'Hôpital du Christ-Roi :

- Mise aux normes du secteur de la gastro-entérologie.

→ Édifice de l'Hôpital du Sacré-Cœur :

- Relocalisation du Centre jeunesse Charest.

→ Édifice de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (Wilfrid Hamel) :

- Réfection du secteur des services alimentaires – pôle de production.

→ Édifice de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec :

- Aménagements divers pour la clientèle avec des troubles graves de comportement ;
- Centre de recherche CERVO ;
- Centre de neuromédecine ;
- Laboratoire Neurodev-psy ;
- Centre d'excellence CEPSY ;
- Travaux préparatoires au pavillon S ;
- Aménagement de bureaux de deux services de soutien à domicile.

Résorption du déficit en maintien d'actifs

Les inspections techniques des bâtiments afin d'identifier les cotes ministérielles aux bâtiments ont été complétées. Les travaux associés au financement reçu sont en planification jusqu'à la fin de 2020.

Hôpital de Baie-Saint-Paul

La fermeture et la démolition complète de l'ancien hôpital sont terminées. Le nouveau bâtiment est maintenant opérationnel et pleinement fonctionnel.

Hôpital de La Malbaie

Les travaux de planification et de programmation sont réalisés au regard de l'étape du dossier d'opportunité. Les solutions immobilières suivront dans les prochains mois.

Hôpital régional de Portneuf

Le projet de rénovation et de construction de l'Hôpital régional de Portneuf permettra de développer et d'offrir de nouveaux services cliniques à la population, ainsi que l'installation d'un tomodensitomètre et la rénovation de l'urgence.

Réalisations – optimisation des espaces

La location d'espaces par le CIUSSS pour offrir ses soins et ses services est réduite au minimum. Dès qu'on estime qu'un service peut être donné en utilisant les bâtiments dont le CIUSSS est propriétaire, ce choix est valorisé.

De plus, plusieurs déménagements ont été effectués pour optimiser l'utilisation des espaces d'un point de vue fonctionnel et financier.

3.2.14 DIRECTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Enjeux

→ Dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre, le maintien et le développement de l'expertise informatique requise pour bien soutenir les activités de l'organisation constituent un enjeu majeur en raison de la difficulté à retenir et à attirer des ressources humaines compétentes et en quantité suffisante.

→ Le maintien d'une grande disponibilité et d'une sécurité adéquate des environnements technologiques nécessite le remplacement, à court terme, d'une grande partie du parc d'équipements et des applications qui présentent des vulnérabilités ou qui ont dépassé leur durée de vie. Le rythme des travaux doit toutefois s'ajuster à la disponibilité des ressources humaines et financières.

→ La simplification de l'environnement technologique et la mise en place d'outils de gestion performants sont au cœur des préoccupations de la direction afin de faciliter le soutien et d'améliorer l'expérience de l'utilisateur.

Réalisations

→ Ajout et révision de processus liés à la sécurité opérationnelle de l'environnement technologique, notamment pour la correction des vulnérabilités, la sauvegarde des données et le retrait des accès dans les systèmes les plus critiques lors du départ ou de la mutation de personnel.

→ Mise en place de 2 liens réseau (redondance géographique) dans certains sites critiques pour assurer une meilleure disponibilité des services informatiques.

→ Remplacement des environnements de sauvegarde, de 1 600 postes de travail, retrait de 37 serveurs et migration de 45 % des utilisateurs vers le répertoire d'entreprise cible de l'organisation.

→ Planification sur 5 ans pour assurer le remplacement des équipements désuets et des applications vulnérables ; estimation des coûts et démarche pour que soit ajusté le financement alloué.

→ Collaboration à des projets organisationnels :

- Installation des Services intégrés en abus et maltraitance (SIAM) ;
- Préparation du réseau et des équipements pour l'Hôpital de Baie-Saint-Paul et mise en fonction pour permettre le déménagement des activités cliniques ;
- Élargissement de l'utilisation du Dossier clinique informatisé Cristal-Net aux autres professionnels et secteurs d'activités de la région de Charlevoix ;
- Fusion des systèmes de paie complétée ;
- Consolidation des systèmes de pharmacie (sites de l'IRDPQ et site de l'Hôpital du Christ-Roi). Il s'agit de la phase 1 du projet ;
- Déploiement de plus de 600 portables pour les activités de soutien à domicile en réadaptation physique pour les personnes âgées.

Priorités

→ Atteindre la cible prévue de conformité de l'organisation aux bonnes pratiques en matière de sécurité de l'environnement technologique.

→ Réaliser les activités prévues de remplacement des actifs technologiques désuets ou vulnérables.

→ Faire un choix judicieux des projets de développement et de consolidation des actifs informationnels en cohérence avec les priorités de l'organisation et du MSSS, et en assurer la réalisation.

→ Simplifier l'environnement technologique et se doter d'outils performants pour gérer efficacement et améliorer le soutien à l'utilisateur.

3.2.15 DIRECTION DE LA LOGISTIQUE

Enjeux

Main-d'œuvre

→ Maintien des opérations et des services auprès de la clientèle grâce à la collaboration du personnel.

Déploiement de l'offre alimentaire et reconfiguration des services alimentaires

→ Déploiement de l'offre alimentaire en septembre 2018, comme le souhaitait le MSSS. Cette contrainte de temps a cependant créé des défis importants de gestion des ressources humaines et des étapes de construction.

Sommet du G7

→ Planification et coordination de la Mission santé dans le cadre du Sommet du G7 :

- Implantation de quatre cliniques mobiles ;
- Gestion de l'hébergement et du transport pour plus de 200 employés et des partenaires.

Approvisionnement

→ Préparation des équipes et des dirigeants à la venue de l'Autorité des marchés publics.

Unités de retraitement des dispositifs médicaux

→ Aménagements pour le maintien aux normes de certaines unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM). Par leur engagement, les équipes ont maintenu les opérations avec la même qualité pendant les travaux.

Réalisations

Harmonisation du processus d'attribution des aides techniques au Programme d'accès régional centralisé (PARC)

→ Ajout d'un transporteur et planification des transports selon les priorités.

→ Augmentation des fréquences de livraison pour les régions de Portneuf et Charlevoix.

→ Atteinte de la cible pour les priorités : une demande est maintenant traitée à l'intérieur de 48 h.

Offre alimentaire

→ Démarrage du troisième et dernier centre de production en mai (site de l'IRDPQ, Wilfrid Hamel).

→ Production de 14 000 repas quotidiennement, ce qui assure une constance dans la qualité des mets produits, élément essentiel à la sécurité de la clientèle.

→ Fin du déploiement de la nouvelle offre alimentaire à l'intérieur de l'échéancier ministériel et implantation des chariots à haute technologie pour l'ensemble des sites. Il en résulte une expérience client améliorée.

Salon des postes

→ Mise sur pied d'un salon des postes pour la réorganisation des services alimentaires. Créé en collaboration avec la DRHC et le syndicat, il a permis aux employés d'exprimer leur préférence dans l'attribution des postes. Avec cette approche novatrice, 450 postes ont été octroyés en quelques jours.

→ Révision des unités de retraitement des dispositifs médicaux.

→ Reprise des activités de retraitement des endoscopies vaginales par le secteur de l'URDM et achat d'un nouvel appareil de retraitement qui se nomme un Trophon[MD].

→ En collaboration avec les infirmières de la prévention et du contrôle des infections, création d'une nouvelle procédure de prénettoyage des dispositifs médicaux qui a pour objectifs de réduire les risques de contamination et d'assurer une manutention adéquate selon les normes d'Agrément Canada.

→ Déménagement du département de gastro-entérologie vers le site de l'IUSMQ pendant la construction d'une nouvelle clinique aux normes à l'Hôpital du Christ-Roi. Maintien du service toute l'année grâce à l'excellente collaboration des différentes équipes et à la flexibilité dont ont fait preuve les préposés de retraitement des dispositifs médicaux concernés.

→ Maintien de l'offre de service à la clinique d'urologie du site de l'IRDPQ (Wilfrid-Hamel) grâce à la collaboration de l'équipe de l'URDM de l'Hôpital du Christ-Roi.

Déploiement du système de gestion intégrée d'amélioration continue de la performance

→ Implantation complétée des caucus et des salles de pilotage pour la direction.

Approvisionnement

→ À la suite de la fusion des bases de données, un impressionnant travail de l'équipe a conduit au raffinement et à la consolidation de la base unifiée.

→ Réalisation du projet *black belt* sur l'harmonisation du processus de gestion contractuelle selon les meilleures pratiques.

→ Formation des dirigeants sur la gestion contractuelle.

Accompagnement de Partagec

→ Accompagnement de Partagec dans la transition vers la nouvelle buanderie.

→ Soutien dans son processus de gestion contractuelle.

Santé Charlevoix – Bâtir ensemble

→ Révision de l'offre de service avec nos partenaires : augmentation des tâches et des responsabilités non cliniques pour le personnel des approvisionnements, ce qui libère le personnel clinique.

Priorités

Projet organisationnel

→ Libérer les employés cliniques des tâches de réapprovisionnement des fournitures médicales pour une utilisation plus adéquate de leur expertise.

Projet provincial – nouveau titre d'emploi logistique

→ Poursuivre l'implication du CIUSSS dans la démarche provinciale de création d'un titre d'emploi qui donnerait la flexibilité attendue et les bénéfices souhaités par la mise sur pied des directions de la logistique.

Résultat des sondages alimentaires

→ Compte tenu des résultats obtenus pour les mets texturés, poursuite des travaux sur les mets réguliers avec l'aide des usagers partenaires.

Unités de retraitement des dispositifs médicaux

→ S'assurer de l'efficience de nos URDM en fonction des services offerts sur les plateaux techniques.

Approvisionnement – réapprovisionnement

→ Déployer les nouveaux processus unifiés de gestion contractuelle.

→ Consolider le processus de vérification des produits et de réception des marchandises dans l'ensemble des sites.

Déploiement de l'offre alimentaire dans les RAC

→ Finaliser, d'ici octobre 2019, le déploiement de l'offre alimentaire à l'ensemble des RAC avec la direction partenaire.

3.2.16 DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES ET INSTITUTIONNELLES

Réalisations

→ Confirmation par le MSSS d'une Direction des affaires juridiques et institutionnelles permanente, au bénéfice du CIUSSS et de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, devant l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre du projet vitrine qui visent à réduire d'au moins 20 % les coûts juridiques des deux établissements.

→ Réduction de près de 30 % des coûts juridiques après deux ans de fonctionnement, soit des économies de près de 1,5 million $. Près de 10 000 heures complémentaires générées annuellement par rapport aux services auparavant offerts par des firmes externes.

→ Des plus-values qualitatives appréciables découlent de la création d'une direction interne par la mise en place, notamment, de processus de gestion collaborative et de soutien aux directions dans les dossiers à incidence juridique, dont :

- Mise en place de plus de 10 forums périodiques de soutien avec différentes directions ;
- Création et tenue de plus de 23 formations adaptées aux besoins des directions ;
- Production de plus de 35 outils de vulgarisation juridiques, aide-mémoire, gabarits d'entente adaptés aux besoins des directions ;
- Collaboration à la rédaction et à la révision de politiques et de procédures afférentes à ces domaines en cours d'année ;
- Préparation et réalisation de trois audits de conformité ;
- Développement d'une expertise interne, de réponses adaptées et plus rapides au bénéfice des usagers et des directions ;
- Une opportunité de partage d'expertise et de collaboration avec les partenaires du réseau et autres partenaires juridiques :
  - Implication soutenue à la communauté de pratique affaires juridiques (CdPAJ) ;
  - Coordination des chantiers « affaires juridiques » ;
  - Collaborations multiples avec des partenaires réseau et des partenaires externes.

→ Développement et prise en charge complémentaires d'activités au sein de la Division des affaires institutionnelles au cours de l'automne 2018 :

- Prise en charge de la coordination des ressources et des activités du Bureau du président-directeur général ;
- Prise en charge de la coordination des liens avec les fondations ;
- Prise en charge de la coordination des activités stratégiques en lien avec les réseaux locaux de services (RLS).

Priorités

Priorités de la Division des affaires juridiques :

- Consolider ses activités ;
- Réorganiser certains secteurs de droit pour mieux servir les directions.

Priorités de la Division des affaires institutionnelles :

- Coordonner des activités stratégiques en lien avec nos quatre réseaux locaux de services (RLS) ;
- Déployer une nouvelle structure de gouvernance pour mieux coordonner les activités des RLS avec les partenaires ;
- Identifier des activités stratégiques structurantes, adaptées aux réalités et aux besoins particuliers des différents sous-territoires des MRC ;
- Organiser des forums de population au sein de chacun des territoires afin de bien renseigner nos populations sur les services offerts par le CIUSSS et également, connaître leur point de vue et leurs priorités en matière de services de proximité.

3.2.17 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS

3.2.17.1 DIRECTION ADJOINTE DES RELATIONS DE TRAVAIL, DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES CADRES ET DE LA GESTION INTÉGRÉE DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

Enjeux

Dans l'objectif d'établir des conditions de travail adaptées à la réalité de l'établissement et celui de faciliter l'organisation des soins et des services à la population, la Direction adjointe des relations de travail, des conditions de travail des cadres et de la gestion intégrée de la présence au travail a négocié les dispositions locales des quatre conventions collectives applicables à environ 15 000 salariés.

La pénurie de main-d'œuvre a atteint de nouveaux sommets, ce qui a un effet direct sur le taux d'assurance salaire et le nombre d'accidents du travail.

En lien avec le changement des conditions applicables au régime de retraite du personnel d'encadrement, le nombre de cadres qui ont pris leur retraite au cours des derniers mois a augmenté de façon importante.

Réalisations

Conventions collectives

L'année 2018-2019 constitue un tournant important pour notre direction adjointe, tant sur le plan des relations de travail que celui de la gestion intégrée de la présence au travail. La direction adjointe est parvenue à une entente relative aux dispositions locales des conventions collectives avec l'ensemble des syndicats qui représentent tout le personnel salarié. Ces ententes permettront :

- D'adapter l'organisation du travail et les structures de postes à la réalité du CIUSSS ;
- D'assurer la qualité des soins et des services à la population ;
- De fournir de bonnes conditions de travail pour le personnel en place ;
- D'être une organisation attractive lors de nos campagnes de recrutement.

Santé, sécurité et qualité de vie au travail

L'organisation a intégré dans ses priorités la santé, la sécurité et la qualité de vie au travail par la mise en place de plusieurs actions afin d'infléchir le taux d'assurance salaire et le nombre d'accidents du travail telles que :

- Le déploiement d'équipes de soutien en prévention, présence et qualité de vie au travail ;
- L'enquête et l'analyse obligatoires de tous les accidents du travail avec perte de temps ;
- Le déploiement d'indicateurs de suivi en santé, sécurité et qualité de vie accessibles à tous les gestionnaires.

Réadaptation intensive

En collaboration avec la Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique, la direction adjointe a lancé un projet pilote de réadaptation intensive du personnel afin de faciliter un retour au travail durable.

Priorités

→ Réaliser d'importants travaux en lien avec les nouvelles dispositions locales des conventions collectives, tant à l'égard de nos systèmes informatiques que des pratiques de gestion du personnel d'encadrement.

→ Améliorer la communication, la gestion du changement et l'accompagnement des gestionnaires et du personnel au profit de l'exercice de rehaussement des structures de postes.

→ Poursuivre le déploiement de notre culture en santé, sécurité et qualité de vie au travail par la mise en place d'équipes de soutien, notamment par l'intégration des indicateurs dans les salles de pilotage et la prise en charge des principaux risques pour le personnel.

→ Être reconnu comme un employeur de choix qui offre un milieu de travail sain et une qualité de vie à ses employés.

3.2.17.2 SANTÉ ORGANISATIONNELLE

En lien avec le pilier Valorisation des personnes, la Direction des ressources humaines et des communications a placé la reconnaissance au cœur de ses priorités au cours de la dernière année :

- Le sceau « Certifié reconnu » a servi de balise pour toutes les actions de reconnaissance ;
- En prévision de la Soirée de reconnaissance le 9 mai prochain, un comité organisateur a jeté les bases sur lesquelles allaient être retenues les personnes et les équipes pour l'excellence, l'innovation et la qualité de leurs réalisations. En date du 31 mars, quelque 200 candidatures ont été déposées.

Par ailleurs, la démarche Entreprise en santé continue de mobiliser les équipes avec des actions concrètes dans différentes sphères reliées au travail : les habitudes de vie, l'environnement de travail, la conciliation travail/vie personnelle et les pratiques de gestion. Un plan d'action organisationnel 2018-2020 a d'ailleurs été préparé pour soutenir l'engagement de l'établissement à maintenir et à améliorer la santé et le mieux-être des personnes au travail.

Dans ce contexte, plusieurs initiatives ont été mises de l'avant afin d'améliorer le climat de travail et ainsi contribuer à faire du CIUSSS un employeur de choix.

3.2.17.3 DIRECTION ADJOINTE DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL ET DU SOUTIEN À LA TRANSFORMATION

Enjeux

La poursuite de la transformation des services à la population a exigé du personnel cadre et de leurs équipes du CIUSSS beaucoup d'énergie pour faire face aux grands défis de gestion causés par :

- La pénurie de main-d'œuvre ;
- Le taux élevé d'absentéisme ;
- L'adaptation aux nombreux changements (par exemple, accès intégrés et harmonisés pour la clientèle, optimisation des trajectoires de services et des pratiques, modification dans les offres de service, etc.) ;
- Les structures de postes non optimales.

Réalisations

→ Les équipes de la direction adjointe ont fourni aux cadres et aux équipes du CIUSSS un soutien et un accompagnement continus dans la planification et la réalisation des changements organisationnels, dans l'optimisation de leurs structures d'effectifs, dans le développement de leurs pratiques en gestion des ressources humaines et dans le développement des compétences.

→ Les partenaires RH ont soutenu le personnel cadre de leur direction assignée et ont grandement contribué à intégrer l'offre des services d'experts de la DRHC dans tous les projets et enjeux RH des directions. Ils ont aussi amorcé l'important chantier d'analyse et de développement nécessaire pour réaliser l'optimisation de la gestion des effectifs et des structures de postes dans chaque direction.

→ L'équipe du Service de développement organisationnel et du personnel d'encadrement a, de son côté, poursuivi l'implantation du modèle de la gestion réinventée au moyen d'activités réalisées avec les comités de gestion des directions, par du *coaching* individuel et par l'annonce de la formation d'une deuxième et troisième cohorte de relève des cadres intermédiaires et d'une première cohorte de relève des cadres supérieurs.

→ Disposant d'un budget de plus de 8 millions $, l'équipe du Service de développement des compétences du personnel et de l'enseignement a soutenu activement les directions dans la planification et la réalisation d'activités de formation, des activités essentielles au maintien de l'expertise de nos ressources humaines pour répondre à des besoins de plus en plus complexes. L'équipe a également étendu le programme d'aide et de soutien aux nouveaux éducateurs (PASNE), à la Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique, pour une intégration réussie de la grande majorité des nouveaux employés dans ce secteur critique d'activités. Enfin, face à la pénurie de main-d'œuvre, le service soutient concrètement les directions en développant des partenariats plus adaptés avec les établissements d'enseignement secondaire et collégial, comme le tout nouveau programme de formation DUAL pour les préposés aux bénéficiaires et les auxiliaires aux services de santé et sociaux.

Priorités

→ Intégrer davantage les expertises et les services de ses équipes dans le soutien au personnel cadre pour la mise en œuvre des modes d'organisation et des pratiques de gestion qui favorisent la valorisation des personnes. Cela passera par la poursuite du projet d'optimisation de la gestion des effectifs et des structures de postes, en étroite collaboration avec les directions et les autres services de la DRHC.

→ Assurer l'implantation des pratiques exemplaires de leadership de proximité.

→ Consolider le soutien offert par la direction adjointe au projet de renforcement des pratiques de prévention en santé, sécurité et qualité de vie au travail.

→ Développer d'autres programmes en partenariat avec le réseau de l'enseignement, pour relever les défis de recrutement.

3.2.17.4 DIRECTION ADJOINTE DES COMMUNICATIONS

Enjeux

La Direction adjointe des communications (DAC) a la responsabilité d'identifier et de mettre en place des stratégies adaptées de communication interne et externe tout en développant les moyens appropriés pour soutenir la mission du CIUSSS. Dans un souci d'harmonisation et de cohérence, la DAC coordonne les actions de communication qui tiennent compte des besoins de la population, de ses partenaires et du personnel par l'actualisation d'un plan de communication organisationnel.

L'équipe de la DAC a fourni aux gestionnaires des directions un soutien et un accompagnement en continu dans le déploiement de multiples stratégies et actions de communication.

Le plan de communication organisationnel vise principalement à :

- Faire connaître l'offre de service globale du CIUSSS ;
- Promouvoir la mission santé et mieux-être par des communications adaptées et accessibles ;
- Assurer une communication efficace ;
- Faire rayonner le leadership et l'expertise du CIUSSS.

Réalisations

→ Entrevues et reportages médiatiques.

→ Campagnes externes de promotion et de sensibilisation telles que :

- Vaccination ;
- Triple P ;
- Services intégrés en abus et maltraitance (SIAM) ;
- Recrutement ;
- Nouvel Hôpital de Baie-Saint-Paul.

→ Campagnes internes d'information telles que :

- Sommet du G7 ;
- Harmonisation de l'offre alimentaire ;
- Campagne Centraide ;
- Mon environnement sans fumée ;
- Sceaux de reconnaissance et soirée de reconnaissance.

→ Consultations publiques sur des dossiers prioritaires de l'établissement.

→ Consolidation des plateformes numériques : site Web, intranet.

→ Animation des réseaux sociaux : Facebook, Twitter, LinkedIn.

→ Mise à jour en continu du Répertoire des ressources en santé et en services sociaux.

La Direction adjointe des communications gère annuellement plusieurs centaines de demandes de services et demandes médias, elle organise de nombreuses conférences de presse pour l'organisation et d'autres en lien avec des annonces ministérielles.

La DAC participe à toutes les activités de sécurité civile ou de mesures d'urgence.

Priorités

Par une approche de communication de proximité, dans le quotidien de nos publics cibles :

- Promouvoir l'accès aux soins et aux services de santé et aux services sociaux ;
- Promouvoir les réussites et les pratiques novatrices ;
- Promouvoir les innovations issues de la recherche ;
- Faire rayonner le leadership et l'expertise du CIUSSS ;
- Faire rayonner l'expertise du personnel du CIUSSS.

3.2.18 DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

L'année 2018-2019 de la Direction des ressources financières (DRF) s'est déroulée sous le signe de la consolidation et de l'harmonisation des façons de faire.

Enjeux

→ La gestion des nombreux changements.

→ La gestion de la capacité de nos équipes de travail.

→ La gestion de l'absentéisme du personnel.

→ La difficulté de recrutement d'une main-d'œuvre compétente.

→ La communication et le soutien des employés dans les pôles de Portneuf et de Charlevoix.

→ L'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Réalisations

→ Le déploiement de la salle de pilotage tactique de la Direction des ressources financières (DRF) et de la Direction adjointe aux opérations (DAO) ainsi que les caucus DAO permettent de s'appuyer sur un système intégré de gestion à tous les niveaux de l'administration.

→ L'augmentation des stages à la DRF dans un but d'attraction de personnel.

→ Pour une deuxième année consécutive, la réalisation d'un sondage sur la qualité de vie au travail auprès de l'ensemble du personnel de la DRF démontre de belles améliorations depuis l'année dernière.

→ L'audit des états financiers 2018-2019 par le Vérificateur général du Québec (VGQ), et le déploiement d'un plan d'action en réponse à ses recommandations. Les objectifs sont : être en amélioration continue dans nos contrôles internes et disposer d'une information financière adéquate pour consultation.

→ L'actualisation du plan d'action à la suite du Kaizen du secteur des comptes à payer, dans le but d'améliorer le processus de traitement et de paiement des factures des fournisseurs.

→ L'actualisation du plan d'action sur les contributions financières parentales à la suite des

recommandations de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Cette étape a permis d'améliorer la qualité des communications avec les clients pour une meilleure compréhension de notre offre de service.

→ La mise en place d'une nouvelle trajectoire pour les factures de dépenses non capitalisables pour les fondations.

→ L'intégration des 11 systèmes Paie – Ressources humaines qui a amélioré notre efficience et simplifié nos processus.

→ L'activation du Guichet Web pour les feuillets d'impôt a contribué à éliminer la copie papier, ce qui a diminué l'impact de l'organisation sur l'environnement.

→ Les travaux sur la Charte comptable du Québec ont conduit à l'harmonisation de tous les établissements du réseau en prévision de la détermination du coût par parcours de soins et de services (CPSS).

→ L'amélioration de l'outil de suivi des variations budgétaires pour un meilleur suivi des résultats financiers.

Priorités

→ La création d'un plan stratégique financier pour le CIUSSS, afin de bien positionner l'établissement financièrement pour les prochaines années.

→ La mise à jour d'un processus sur la performance financière pour s'assurer une position optimale par rapport aux autres établissements de la province.

→ L'actualisation des nouvelles conventions collectives, en impliquant les employés de la DRF, afin d'améliorer leur qualité de vie au travail.

→ L'optimisation du processus d'accueil des nouveaux employés pour le rendre plus harmonieux et assurer une rétention maximale.

→ Un sondage de satisfaction de la clientèle interne et externe. À la suite de la fusion, il y a maintenant quatre ans, la DRF veut s'assurer de bien répondre aux attentes de ses différentes clientèles.

→ Le déploiement du compte de dépenses Web. Ce dernier devrait permettre une plus grande efficience dans le traitement des réclamations.

→ La révision du processus de la compilation des unités de mesure assurera une qualité de données homogènes et optimales.

→ La poursuite de la consolidation des outils, des processus et des procédures de la Direction des ressources financières.

4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 LES ATTENTES SPÉCIFIQUES (CHAPITRE III)

4.1.1 SANTÉ PUBLIQUE

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
Implanter dans chaque établissement de santé et de services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)	Chaque établissement doit mettre en place un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) et s'assurer qu'il remplisse son mandat : ▪ Réviser annuellement les objectifs et les priorités et faire des recommandations aux instances visées ; ▪ Suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux ; ▪ Suivre l'application des mesures ; ▪ Suivre les données de surveillance sur les infections nosocomiales (IN) et les audits ; ▪ Adopter le bilan annuel et assurer le suivi auprès du conseil d'administration ; ▪ Entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme ; ▪ Assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques ; ▪ Recevoir et entériner les politiques et les procédures et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre ; ▪ Déterminer les enjeux et les recommandations à acheminer au comité de direction du MSSS ; ▪ Déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme ; ▪ Acheminer les recommandations nécessaires au comité de direction. Chaque établissement doit s'assurer que le comité stratégique de prévention et de contrôle des infections est rattaché au président-directeur général ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le président-directeur général. Le comité stratégique de prévention et de contrôle des infections doit tenir au moins quatre rencontres par année.	Réalisé	

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme, de promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement active chez les jeunes (02.2)	Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type et description des activités, objectifs, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme, la promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement active, dans les déplacements et dans les loisirs chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte des cibles du Plan stratégique du MSSS : la réduction du nombre de fumeurs, l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes et l'augmentation du nombre de jeunes actifs durant leurs loisirs et leurs déplacements. Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que les retombées observées.	Réalisé	

4.1.2 SERVICES SOCIAUX

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03.1)	Les établissements doivent remplir et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation du Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité.	Réalisé	
Plan d'action TSA (2017-2022) (03.2)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action relié au trouble du spectre de l'autisme (TSA) 2017-2022.	Réalisé	
Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03.3)	La stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la stratégie permettra aux établissements : ▪ D'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir ; ▪ De les accompagner au moyen d'une offre de service et d'une organisation des services définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie ; ▪ De mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis ; ▪ De mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire. L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la stratégie et à mesurer son taux d'implantation.	Réalisé	

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence (03.4)	Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'usager. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficience des services. Pour chaque région sociosanitaire, l'établissement devra définir une trajectoire de services optimale pour les enfants et leur famille en situation de négligence.	Non réalisé	Cette attente a été retirée par le MSSS.
Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut « Niveau de soins alternatifs » (NSA) (03.5)	Les établissements fusionnés, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intrahospitalier et en aval, conformément au guide de soutien. Les établissements fusionnés doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	Réalisé	
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) (03.7)	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements.	Réalisé	

4.1.3 SERVICE DE PROXIMITÉ, URGENCES ET PRÉHOSPITALIER

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 – maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (04.1)	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions du Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) devra être produit.	Réalisé	
État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 – continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) (04.2)	Autoévaluation du Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être notées.	Non réalisé	Le MSSS a retardé la date de cette attente au 30 juin 2019.
Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement (04.3)	Remplir le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année.	Réalisé	

4.1.4 FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07.1)	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment. Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien, ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du plan de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI) et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement en deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.	Non réalisé	La date de livraison de cette attente est le 31 mars 2020.

4.1.5 COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile (08.1)	Exercer un leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région et s'assurer de la mise en application des orientations ministérielles en sécurité civile, notamment celles de la Politique ministérielle de sécurité civile (PMSC). À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement maintienne une instance de concertation régionale en sécurité civile avec des mécanismes de coordination efficaces. Cette instance doit favoriser le déploiement concerté des ressources du réseau advenant un sinistre. L'établissement doit également représenter le réseau lors des réunions de l'Organisation régionale de la sécurité civile.	Réalisé	
Gestion des risques en sécurité civile – santé et services sociaux (08.2)	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation. Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile. L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques. Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.	Réalisé	

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
Plan de maintien des services ou des activités critiques – santé et services sociaux (08.3)	Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou des activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.	Réalisé	

4.1.6 PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
Mise en œuvre d'un plan d'action en santé et bien-être des hommes (SBEH) par les établissements (09.1)	Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives. Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs identifiés dans le document des lignes directrices.	Réalisé	

4.1.7 TECHNOLOGIES ET INFORMATION

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits (10.1)	Comme il est stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif ou clinico-administratif, l'établissement doit s'assurer que : « La qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus. » La méthode de calcul définie est le « nombre de ressources mises à jour à la fin de la période » selon le calendrier établi dans le cadre normatif sur le « nombre de ressources totales à la fin de la période ». Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche. Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixes.	Réalisé	

4.2 LES INDICATEURS DE L'ENTENTE DE GESTION 2

4.2.1 CANCÉROLOGIE

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	93,3	100	92,3	●	90
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	100	100	✔	100

1.09.33.01

Avec un résultat de 92,3 %, le pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours n'atteint pas l'engagement. De plus, le résultat est légèrement moins favorable que celui de l'année précédente (93,3 %).

Tous les efforts sont déployés afin de réaliser les chirurgies dans les meilleurs délais et de respecter le 100 % des chirurgies oncologiques dans les délais.

1.09.33.02

Le pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours, avec un résultat de 100 %, atteint son engagement et se maintient par rapport à l'année précédente (100 %).

4.2.2 SANTÉ PUBLIQUE

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles le CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	45,6	54	32,6	✖	55
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur première dose de vaccins contre les DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90,3	91	88,1	●	91
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	71,7	90	74,5	✖	85
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	3 494	3 538	3 415	●	3 538
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	65,1	80	68,3	✖	80

1.01.13.01

À 32,6 %, le pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles le CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé n'atteint pas son engagement. De plus, sa performance a baissé comparativement à l'année précédente (45,6 %).

En 2018-2019, certains territoires ont été peu couverts en raison de l'absence de ressources humaines, tant dans les commissions scolaires que dans l'établissement de santé et de services sociaux, ce qui rend plus difficile le démarrage des groupes de travail. Également, le CIUSSS travaille avec cinq écoles pour jeunes adultes qui ne sont pas incluses

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

dans l'univers de l'indicateur, bien qu'il y ait beaucoup de besoins dans ces secteurs. Les indicateurs actuels pour École en santé (ÉeS) tiennent compte uniquement des collaborations établies avec les écoles ; toutes les actions menées en lien avec la concertation, la planification et les communications ne sont pas considérées, alors qu'elles exigent beaucoup de temps. De plus, le système actuel ne permet pas de considérer les actions des organisateurs communautaires en lien avec ÉeS et plusieurs actions des infirmières scolaires ne sont pas comptabilisées non plus.

Par ailleurs, même si l'ensemble des écoles demandait de l'accompagnement pour atteindre l'objectif de 54 %, les ressources humaines limitées permettraient difficilement d'y arriver.

Le projet de recherche COMPASS, une étude longitudinale financée par l'Institut de recherche en santé du Canada et Santé Canada qui se penche sur les comportements de santé des jeunes, est présent dans toutes les écoles secondaires du territoire. Le CIUSSS accompagne les écoles au rythme qu'elles souhaitent. Cette année, plusieurs demandes en lien avec les dépendances et la santé mentale chez les jeunes (anxiété, stress, etc.) sont constatées.

Pour ce qui est des actions en cours et à venir, il y a tout d'abord un travail en concertation avec les directions concernées de notre établissement pour revoir la consignation des statistiques. Ensuite, un comité de travail du MSSS sera mis sur pied afin de bonifier le cadre de référence du programme et voir à harmoniser les actions à travers les régions. Enfin, au niveau du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), l'organisation du travail est à revoir, notamment en ce qui a trait à l'offre de service aux écoles.

1.01.27

Avec un résultat de 88,1 %, la proportion des enfants recevant leur première dose des vaccins DCaT–HB–VPI-Hib dans les délais n'atteint pas l'engagement. Il s'agit d'un résultat qui se rapproche de celui de l'année précédente (90,3 %).

Malgré la non-atteinte de la cible, 2 des 4 réseaux locaux de services (RLS) se sont améliorés en comparaison de l'année dernière (Portneuf et Charlevoix). On observe cependant une baisse de 4 % pour le RLS Québec-Nord, ce qui explique la non-atteinte de la cible. La proportion des enfants vaccinés dans les délais est semblable ou supérieure à la moyenne provinciale (91 %) dans 3 de nos 4 RLS (Portneuf, Charlevoix, Québec-Sud). Les résultats sont significativement inférieurs à la moyenne provinciale seulement pour le RLS Québec-Nord (85,1 %).

Un projet conjoint de la Direction de santé publique et de la Direction du programme Jeunesse pour améliorer l'organisation de la vaccination 0-2 ans dans la région a débuté en 2017. Ce projet n'est toutefois pas terminé. Les actions à mettre en place sont les suivantes :

- Terminer le portrait de l'organisation des services de vaccination 0-2 ans dans le CIUSSS et produire un document synthèse ;
- Avoir un portrait clair de l'organisation des services aidera à identifier les améliorations à apporter ;
- Implanter partout les rappels pour confirmer les rendez-vous, la relance des parents en cas de rendez-vous manqué et l'information des décideurs et des vaccinateurs sur les résultats obtenus (couvertures vaccinales et indicateurs de gestion) ;
- Porter une attention particulière au territoire du RLS Québec-Nord étant donné la faible proportion d'enfants vaccinés dans les délais dans les CLSC.

Par ailleurs, des délais importants dans la saisie des vaccins (registre de vaccination) ont été notés dans les CLSC du RLS Québec-Nord. Cela devra être amélioré, même si cet enjeu n'a pas d'impact sur la proportion d'enfants vaccinés dans les délais.

1.01.28

La proportion d'enfants recevant leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais, avec un résultat de 74,5 %, n'atteint pas l'engagement, mais le résultat est plus favorable que celui de l'année précédente (71,7 %).

La cible de 90 %, décidée au niveau provincial, est très élevée considérant les nombreux enjeux liés à la vaccination prévue à 1 an qui ne relèvent pas toujours de l'établissement (délai de 6 mois depuis le dernier vaccin, retour au travail des mères, début de la garderie, etc.). Particulièrement à l'âge de 12 et 18 mois, une grande portion des retards vaccinaux sont attribuables aux parents. La cible pour la vaccination à l'âge de 1 an n'a jamais été atteinte dans notre région, comme c'est le cas pour plusieurs régions. Une cible trop élevée peut entraîner la démotivation du personnel.

Malgré la non-atteinte de la cible, les 4 RLS se sont améliorés par rapport à l'année dernière. La proportion des enfants vaccinés dans les délais est supérieure à la moyenne provinciale (76,7 %) dans 3 de nos 4 RLS (Portneuf, Charlevoix, Québec-Sud). Les résultats sont inférieurs à la moyenne provinciale seulement pour le RLS Québec-Nord (71,2 %).

Les mêmes actions que pour l'indicateur 1.01.27 sont prévues.

1.01.29

Le nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes, avec un résultat de 3 415, n'atteint pas l'engagement. Le résultat se rapproche de celui de l'année dernière (3 494).

Les clients sont joints par la clinique jeunesse (en CLSC) ou lorsque les enfants sont à l'école, par l'infirmière scolaire. Les jeunes de 18 ans et plus ne sont pas suivis par nos services, car ils sont au cégep et à l'université.

L'offre de service n'a pas changé cette année, mais il y aura des travaux pour harmoniser le dépistage dans les écoles secondaires. De plus, des travaux d'harmonisation des statistiques en milieu scolaire seront amorcés, car toutes les activités qui s'y tiennent ne sont pas consignées dans le système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I- CLSC).

Plusieurs actions sont prévues. Pour les enfants scolarisés, le programme d'éducation à la sexualité permettra aux infirmières de donner l'information aux jeunes de manière plus systématique sur les cliniques jeunesse et sur le dépistage. Une capsule vidéo sera faite pour démystifier le dépistage. Les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS s'adressent à des clientèles vulnérables, incluant des jeunes, et devraient bénéficier d'une optimisation de la saisie des interventions dans le système d'information I-CSLC de manière à mieux apprécier le nombre de jeunes joints. La clinique médicale privée *ITSS-sécure* donne aussi des services aux jeunes, mais il est impossible de les dénombrer précisément puisque des statistiques ne sont pas produites. Enfin, la ligne téléphonique ITSS 1 844 683-ITSS, mise en place le 1er avril 2019, devrait contribuer à mieux servir la clientèle dans notre région.

1.01.30

La proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin combiné RROvar n'atteint pas l'engagement. Par contre, le résultat de 68,3 % est plus favorable que celui de l'année précédente (65,1 %). Il s'agit d'un indicateur ajouté récemment (il y a 2 ans). Particulièrement à l'âge de 12 et 18 mois, une plus grande portion des retards vaccinaux sont attribuables aux parents et non à l'organisation. Malgré la non-atteinte de la cible, les quatre RLS se sont améliorés par rapport à l'année dernière. La proportion des enfants vaccinés dans les délais est supérieure à la moyenne provinciale (67,8 %) dans 2 de nos 4 RLS (Portneuf, Québec-Sud). Les résultats sont inférieurs à la moyenne provinciale pour le RLS Québec-Nord (65,2 %) et le RLS Charlevoix (63,5 %).

Les mêmes actions que pour l'indicateur 1.01.27 sont prévues.

4.2.3 SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	✔	100
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	✔	100
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	28,2	70	33,6	✖	70

1.01.19.01

Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du CIUSSS ont un taux d'infections associées aux diarrhées Clostridium difficile (DACD) conforme aux taux établis.

1.01.19.02

Les centres hospitaliers du CIUSSS ont un taux de bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) conforme aux taux établis.

1.01.26

Le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains (HDM) est de 33,6 %, il n'atteint donc pas l'engagement. Toutefois, il s'est amélioré par rapport à l'année dernière (28,2 %).

Au CIUSSS, l'indicateur touche majoritairement les CHSLD de plus de 100 lits (ce qui représente 11 établissements) et deux installations de soins aigus : l'Hôpital de La Malbaie et l'Hôpital de Baie-Saint-Paul. Les taux

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

reliés aux soins aigus atteignent 64 % pour La Malbaie et 54 % pour Baie-Saint-Paul. Les CHSLD, quant à eux, ont des taux variant de 6 % à 43 %. Les soins de longue durée occupant une plus grande proportion des indications (observations), ceux-ci viennent peser plus lourdement sur le taux global de l'établissement.

Un plan d'action et de gestion du changement visant à développer la responsabilisation de l'ensemble du personnel, des cadres, des bénévoles, des stagiaires, des médecins et de la clientèle du CIUSSS à l'égard de l'HDM a été mis en place et présenté à toutes les directions. Plus précisément, il vise à soutenir l'intégration de gestes significatifs et l'engagement de tous à adopter des comportements qui favoriseront l'atteinte des cibles relatives à l'HDM.

Les taux d'HDM sont suivis de façon trimestrielle à la salle de pilotage stratégique et aux salles tactiques des directions concernées par l'indicateur.

4.2.4 SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	89,2	90,4	92,32*	✔	Pas de réponse du MSSS

*Résultat pris dans SID, Info-Santé et Info-Social (ISI), rapport sur l'Info-Social capté le 9 mai 2019. Consigne *Bulletin EGI*, vol. 15 – no 3.

1.02.04

Avec un résultat de 92,32 %, l'engagement est atteint pour ce qui est du pourcentage des appels au service de consultation téléphonique pour les services psychosociaux qui ont été répondus en quatre minutes ou moins. Ce résultat est plus élevé que celui de l'année passée (89,2 %).

4.2.5 SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	1 482 593	1 545 804	1 741 727	✔	N/D*
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA et DITSADP)	11 083	11 014	11 353	✔	N/D*
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DITSA)	77	90	71,5	✖	80

*Détermination de l'engagement reportée à septembre 2019

1.03.05.01

Le nombre total d'heures de service de soutien à domicile atteint et dépasse l'engagement avec 1 741 727 heures de service, soit 195 923 heures de plus que l'engagement. Aussi, la performance de l'indicateur est de 17 % plus élevée qu'en 2017-2 018 (1 482 593).

1.03.11

Avec 11 353 personnes recevant du soutien à domicile, l'indicateur atteint et dépasse l'engagement. De même, le résultat est plus élevé que ce qui a été observé l'année dernière (11 083).

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

1.03.12

L'engagement touchant le pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile qui ont une évaluation à jour et un plan d'intervention n'est pas atteint. De plus, avec un résultat de 71,5 %, il est inférieur à la valeur observée l'année précédente (77 %).

Plusieurs enjeux sont apparus en cours d'année qui ont nui à l'atteinte de la cible : la hausse des chirurgies d'un jour en centre hospitalier qui demandent des interventions prioritaires au détriment des évaluations et des plans d'intervention ; la hausse du nombre de patients actifs qui augmentent le nombre d'évaluations à faire ; le déploiement du nouvel outil pour effectuer l'évaluation qui a occasionné des délais additionnels pour son appropriation ; l'embauche des nouvelles ressources en lien avec le budget de développement entrées en fonction en fin d'année financière seulement ; enfin, le soutien nécessaire auprès des ressources intermédiaires et des résidences privées pour aînés en difficulté qui ont nécessité une contribution additionnelle des ressources en soins infirmiers. L'ajout de nouvelles ressources a permis une amélioration des résultats à partir de la période 13.

Plusieurs actions dans la prochaine année sont prévues en vue d'améliorer les résultats dont la mise en place d'équipes distinctes pour la gestion des suivis à court et à long terme, l'ajout de nouvelles ressources en lien avec le budget de développement 2019-2020 et la participation au projet pilote ministériel sur l'optimisation de la mobilité auprès des intervenants.

De plus, la cible pour l'année prochaine sera de 80 % au lieu de 90 %, le ministère ayant accepté de fixer une cible plus réaliste qui tient compte des différents enjeux vécus par tous les établissements du Québec.

4.2.6 SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	75	✖	100
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	87,5	75	✖	100
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	75	75	0	✖	100
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	78,8	85	75,3	✖	80

1.03.07.01

Avec un résultat de 75 %, le pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) n'atteint pas l'engagement. De plus, le résultat est moins favorable que celui de l'année dernière (100 %).

Le résultat doit se lire de la manière suivante : 6 installations sur les 8 installations visées de la Capitale-Nationale (75 %) atteignent l'objectif d'avoir implanté 95 % des composantes 1, 2 et 6 de l'AAPA. Les résultats détaillés se déclinent comme suit :

- Hôtel-Dieu de Québec : 100 %
- IUCPQ-UL : 100 %
- CHUL : 100 %
- Saint-François d'Assise : 100 %
- L'Enfant-Jésus : 100 %
- Saint-Sacrement : 100 %
- La Malbaie : 90 %
- Baie-Saint-Paul : 90 %

Les unités cliniques, les unités de services gériatriques spécialisés et les urgences sont touchées par l'AAPA. Le CIUSSS a la charge de s'assurer de l'atteinte régionale des cibles, ce qui explique que les résultats transmis par le MSSS sont regroupés en un seul pour la région.

Le CIUSSS n'est pas fusionné avec le CHU de Québec–Université Laval (CHU) et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ-UL), mais il est responsable des unités de services gériatriques spécialisés qui se trouvent dans les murs des installations du CHU. Ces unités récoltent

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

d'excellents résultats pour l'AAPA, malgré que ceux-ci ne soient pas visibles dans les données regroupées demandées par le MSSS.

Les deux milieux hospitaliers sous la gouverne directe du CIUSSS, l'hôpital de La Malbaie et celui de Baie-Saint-Paul, présentent des résultats légèrement inférieurs à l'objectif. L'enjeu majeur est l'absence de professionnels à l'urgence qui ne permet pas d'atteindre l'exigence liée à la gouvernance clinique, celle-ci prévoyant la formation d'une équipe multidisciplinaire. De plus, il y a une grave pénurie de personnel qui nous place en situation de grande fragilité, nous privant de faire du développement ou de la formation à la hauteur requise. L'urgence et les unités de soins généraux n'ont pas accès à une équipe de spécialistes en gériatrie, autre que la conseillère en soins infirmiers spécialisée en gériatrie, pour offrir un soutien à la prise de décision et au diagnostic. Nous devrons donc, dans la prochaine année, mettre en place une équipe de consultation gériatrique à distance pour soutenir ce secteur éloigné des hôpitaux de Québec. Pour ce qui est de la formation continue, une meilleure planification et structure s'imposent pour atteindre nos cibles.

1.03.07.02

Le pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée n'atteint pas l'engagement et le résultat de 75 % est inférieur à celui de la dernière année (100 %).

Le résultat doit se lire de la manière suivante : 6 installations sur les 8 installations (75 %) visées de la Capitale-Nationale atteignent l'objectif d'avoir implanté 65 % des composantes 3, 4 et 5 de l'AAPA. Les résultats détaillés se déclinent comme suit :

- Hôtel-Dieu de Québec : 84,5 %
- IUCPQ-UL : 98,1 %
- CHUL : 84,7 %
- Saint-François d'Assise : 84,7 %
- L'Enfant-Jésus : 84,7 %
- Saint-Sacrement : 85,6 %
- La Malbaie : 53,8 %
- Baie-Saint-Paul : 54,5 %

Les unités cliniques, les unités de services gériatriques spécialisés et les urgences sont touchées par l'AAPA. Le CIUSSS a la charge de s'assurer de l'atteinte régionale des cibles, ce qui explique que les résultats transmis par le MSSS sont regroupés en un seul pour la région.

Le CIUSSS n'est pas fusionné avec le CHU de Québec-Université Laval (CHU) et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ-UL), mais est responsable des unités de services gériatriques spécialisés qui se trouvent dans les murs des installations du CHU. Ces unités récoltent d'excellents résultats pour l'AAPA, malgré que ceux-ci ne soient pas visibles dans les données regroupées demandées par le MSSS.

Les deux milieux hospitaliers sous la gouverne directe du CIUSSS, l'hôpital de La Malbaie et celui de Baie-Saint-Paul, présentent des résultats inférieurs à l'objectif. Pour ces milieux, l'écart s'explique d'une part par la difficulté à libérer le personnel pour suivre les formations due à la pénurie de personnel ainsi qu'au manque de ressources pour assurer le *coaching* dans l'implantation des pratiques. D'autre part, le fait de ne pas avoir les aide-mémoire et les fiches cliniques à la disposition du personnel dans les unités influence défavorablement notre performance, mais cela sera facilement corrigé par le dépôt des documents dans l'intranet. Enfin, les mécanismes pour aller chercher l'information sur la condition de la personne avant son arrivée à l'hôpital ne sont pas implantés dans les unités actuellement, comme c'est le cas à l'Unité de courte durée gériatrique de Baie-Saint-Paul. De plus, les autres facteurs invoqués pour l'indicateur 1.03.07.01 s'appliquent également ici.

1.03.10

Avec un résultat de 0 %, le pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale n'atteint pas l'engagement. Cela doit se comprendre de la manière suivante : au 31 mars 2019, 3 territoires sur 4 devaient avoir implanté 80 % et plus des composantes des réseaux. Voici l'état d'avancement actuel observé pour chaque territoire :

- Portneuf, 67,73 % ;
- Vieille-Capitale, 73,44 % ;
- Québec-Nord, 73,06 % ;
- Charlevoix, 68,2 %.

Différents facteurs influencent le résultat : la pratique de la gestion de cas qui n'est pas implantée ; la coordination avec le médecin de famille peu ou pas présente dans les interventions et dans les échanges formels d'informations cliniques pertinentes ; et, suivant la réorganisation du réseau, le mécanisme de concertation et de coordination qui n'est pas optimal. De plus, la cible portant sur l'évaluation à jour des usagers avec un plan d'intervention étant non atteinte, cela affecte directement les résultats.

Plusieurs actions sont prévues en vue de l'atteinte de l'engagement : la planification pour la mise en place de la gestion de cas est effectuée pour l'automne prochain ; des tables de travail ont commencé leurs activités afin de partager et de convenir d'outils cliniques entre les principaux partenaires, tout en favorisant la participation de l'usager et de son proche. Par ailleurs, des actions pour l'atteinte de la cible sur les évaluations à jour des usagers et les plans d'intervention seront mises en place.

1.03.13

Le pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 est de 75,3 % et il n'atteint pas l'engagement. En outre, la performance de l'indicateur est légèrement moins bonne que celle de l'année dernière (78,8 %).

L'insuffisance de places sur le territoire et pour la communauté anglophone visant à accueillir les patients ayant un profil inférieur à 10 fait en sorte que ces derniers se retrouvent hébergés en CHSLD. L'ouverture de 40 places dans la ressource intermédiaire Chanoine-Scott est en cours. Un appel d'offres pour 20 places dans la région de Charlevoix est en rédaction et un appel d'offres pour 100 places additionnelles dans la région de Québec est en voie d'être lancé conformément aux orientations du MSSS (développement des maisons des aînés).

4.2.7 DÉFICIENCES

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	65,2	83	54,9	✔	83
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	85,6	90	89,5	●	90
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique –TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	91,7	90	91,1	✔	90
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	75	90	81	✖	90
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	46,2	90	47	✖	75
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans et plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	58,8	73,5	56	✖	75

1.05.15

Avec 54,9 jours d'attente en moyenne, le délai d'accès à un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme respecte l'engagement. De plus, il s'est amélioré comparativement à celui de l'année dernière (65,2 jours).

1.45.04.01

Le taux des demandes de services traitées en CLSC dans les délais pour les personnes ayant une déficience physique est à 89,5 %. Le résultat n'atteint pas l'engagement, mais il est plus favorable que celui de l'année dernière (85,6 %).

Des difficultés de recrutement pour le remplacement des absences sont observées pour ces services. Trois actions sont envisagées pour améliorer la situation : la transformation de postes de travailleurs sociaux en techniciens en travail social, la mise en place de surcroîts de travail et l'affichage de postes en lien avec le développement budgétaire du soutien à domicile.

1.45.04.05

Les demandes de services traitées en centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) dans les délais représentent 91,1 % de toutes les demandes. L'engagement est atteint et celui de la performance de

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

l'indicateur se maintient par rapport à l'année dernière (91,7 %).

1.45.05.01

Les demandes de services traitées en CLSC dans les délais pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme représentent 81 % de toutes les demandes. L'engagement n'est pas atteint, mais le résultat s'est amélioré par rapport à celui de l'année passée (75 %).

Deux causes principales de la non-atteinte de l'engagement sont identifiées : d'une part, une recrudescence des cas de trouble du spectre de l'autisme dans la population associée à un dépistage plus efficace qui se traduit par une augmentation des clients dans nos services et, d'autre part, les difficultés de recrutement pour le remplacement du personnel absent.

Les mesures correctrices envisagées sont la transformation de postes de travailleurs sociaux en techniciens en travail social, la mise en place de surcroîts de travail et l'affichage de postes avec le développement budgétaire du soutien à domicile.

1.45.05.05

Le taux des demandes de services traitées en CRDP dans les délais est de 47 %, un résultat inférieur à l'engagement, mais en légère amélioration par rapport à celui de l'an dernier (46,2 %).

De nombreuses demandes de services à priorité élevée et modérée ne sont pas répondues dans les délais en raison de l'augmentation des cas de trouble du spectre de l'autisme dans la population et dans nos services.

En plus de la mise en place de surcroîts de travail et de l'affichage de postes avec le développement budgétaire du soutien à domicile, un projet de transfert de l'inscription de la clientèle du Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) vers le système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CSLC) est prévu. Ces clientèles, bien qu'inscrites traditionnellement dans les services du centre de réadaptation, sont considérées en réalité comme recevant des services de première ligne. Enfin, l'intensification des modalités d'intervention par « épisode de services » et de groupe est envisagée. L'épisode de services est une approche qui, reconnaissant les besoins et le rythme de chaque enfant, vise l'adaptation personnalisée des services et du temps requis pour combler les besoins.

1.46

Le pourcentage de jeunes de 21 ans et plus ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail est de 56 % et il n'atteint pas l'engagement.

Deux facteurs sont identifiés pour expliquer le résultat. Tout d'abord, la captation de l'indicateur, qui se fait seulement une fois par année, ne permet pas de rendre compte de la progression observée en cours d'année. Ensuite, la trajectoire d'information entre les commissions scolaires et le CIUSSS pour préparer la transition des clientèles à la fin de leur scolarisation est déficiente. Ce dernier facteur occasionne des délais d'attente pour l'accès aux services.

Le continuum socioprofessionnel est un objectif prioritaire en salle de pilotage stratégique. Une collaboration étroite avec les commissions scolaires et les autres établissements du réseau sera mise en place pour préparer la transition des clientèles. De plus, une révision de l'offre de service, l'ajout d'intervenants (agents d'intégration) et de professionnels ainsi que le déploiement d'un processus d'orientation et de pairage des usagers en amont de la fin de la scolarisation seront réalisés.

4.2.8 JEUNES EN DIFFICULTÉ

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	9,96	9,16	10,82*	✖	N/D**

*Résultat provenant du *Bilan DPJ* **Détermination de l'engagement reportée à septembre 2019

1.06.17

Le taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence est de 10,82 pour 1 000 jeunes, un résultat qui n'atteint pas l'engagement. De plus, cette performance est moins bonne que celle de l'année dernière (9,96).

Suivant la tendance provinciale, nous faisons face depuis déjà plusieurs années à une hausse continue du nombre de signalements.

Un allongement de la durée de vie des dossiers est observé. Cette situation découle de divers facteurs, dont les mouvements de main-d'œuvre (retraits préventifs,

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

congés parentaux, etc.), la pénurie de main-d'œuvre, l'allongement des délais au tribunal, l'importante augmentation de la charge de travail découlant des ordonnances pour de la supervision de contacts.

Selon les données de l'Institut de la statistique du Québec, le nombre de personnes de 0 à 17 ans est en augmentation dans la région de la Capitale-Nationale.

Plusieurs actions ont été posées pour améliorer la performance mesurée par cet indicateur. Pour ce qui est des ressources humaines, la structure de postes a été rehaussée par surdotation et une structure d'autoremplacement à l'application des mesures a été mise en place. Pour dégager les intervenants autorisés à la gestion des contacts supervisés, un service régional de coordination pour ce service est en implantation. L'offre de service du programme Triple P a été intensifiée. Enfin, par le biais d'un projet d'amélioration continue appuyé par le programme Force, la pérennité de l'offre d'intervention structurée et concertée du programme Élan famille 2.0 (PIN), avec les divers acteurs du réseau local, a été assurée.

4.2.9 DÉPENDANCES

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendances en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	88,4	88,6	85	•	88,6
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendances	100	96,4	100	✔	100

1.07.04

Avec un résultat de 85 %, le pourcentage de personnes évaluées en dépendances dans un délai de 15 jours n'atteint pas l'engagement. En outre, cette performance est légèrement moins favorable par rapport à celle de l'année dernière (88,4 %).

Environ 6 000 heures travaillées n'ont pas été remplacées au cours de la dernière année dans les services de la mission de réadaptation en dépendances en raison de difficultés de recrutement importantes. De plus, plusieurs démarches de communication ont été amorcées cette année pour faire connaître l'offre de service, ce qui a eu pour effet d'augmenter la demande. Enfin, grâce à la formation des intervenants associés aux accès intégrés et aux liens avec le secteur de la santé mentale de la direction, il y a davantage de références pour les services d'évaluation en dépendances. Tous ces facteurs ont contribué à une augmentation du nombre d'usagers suivis.

Un plan d'action interministériel en dépendances (PAID) est attendu pour septembre 2019. Dans le cadre du projet d'évolution de la Direction des programmes Santé mentale et Dépendances, une reconfiguration de la direction adjointe est également prévue afin de rapprocher les services en dépendances des services plus pertinents. Enfin, de la formation, des stages, la mobilisation du centre de recherche en dépendances et des professionnels pour former la relève ainsi que l'ouverture à d'autres titres d'emploi moins en pénurie sont parmi les mesures anticipées pour améliorer les délais d'évaluation.

1.07.06

Le taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendances est de 100 %. Il atteint donc l'engagement et maintient la performance par rapport à celle de l'année dernière (100 %).

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

4.2.10 SANTÉ MENTALE

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le MSSS	1 648	1 779	1 796	✔	1 779
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le MSSS	495	539	540	✔	539

1.08.13

Les 1 796 places observées en soutien d'intensité variable (SIV), incluant les places offertes par entente de service par les organismes communautaires, atteignent et dépassent même l'engagement. En outre, 148 places de plus que l'année dernière (1 648) sont disponibles.

1.08.14

Le nombre de places de suivi intensif dans le milieu est de 540, un résultat qui atteint l'engagement et qui est supérieur au résultat de l'année passée (495).

4.2.11 URGENCE

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	7,63	7	7,26	●	8.3
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	64,4	80	64,4	✖	73.1
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	77,2	86,1	76,1	✖	80.8

1.09.01

La durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence est de 7,26 heures. L'engagement de ne pas dépasser 7 heures n'est donc pas atteint. Par contre, la durée moyenne de séjour observée est de 4,8 % plus courte que celle de l'année dernière (7,63).

Pour l'ensemble des urgences du CIUSSS, nous maintenons notre durée moyenne de séjour (DMS) légèrement au-dessus de notre cible, mais en dessous de la cible provinciale de 12 heures. Bien que tous les efforts soient déployés afin de s'améliorer, certaines urgences sont aux prises avec des défis majeurs. Le contexte rural, l'absence de médecins résidents, le manque de places en hébergement, le nombre élevé de patients avec un niveau de soins alternatifs (NSA), le recours à des plateaux techniques externes, ce sont autant d'éléments qui ont un impact direct sur la performance des urgences. Malgré tout, le CIUSSS termine cette année avec une DMS globale à la baisse.

Le comité d'arrimage interétablissements explore plusieurs avenues d'amélioration des trajectoires dans le continuum de soins ; les travaux sont actuellement en cours. Une réflexion est également amorcée sur les solutions alternatives à l'hospitalisation et sur l'implantation d'unités hospitalières brèves de 24 à 72 heures pour Charlevoix et Portneuf.

1.09.43

Le résultat observé n'a pas atteint l'engagement puisque 64,4 % de la clientèle a bénéficié d'une prise en charge médicale à l'urgence en moins de 2 heures. Ce résultat se maintient comparativement à celui de l'année dernière (64,4 %).

Nous expliquons l'état de nos résultats par le fait qu'il n'y a qu'un seul médecin par urgence et par quart de travail pour un grand volume de clientèle. Lorsqu'un transfert avec escorte médicale ou infirmier est requis, cela ralentit les activités dont la prise en charge. Les processus sont plus complexes en région, du fait de l'accès plus difficile aux examens divers et aux services de première ligne. D'ailleurs, la réorientation vers les services de première ligne est moindre que ce qui devrait être observé. Enfin, la prise en charge la nuit est actuellement sous-optimale.

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

Les principales actions prises pour améliorer le délai de prise en charge médicale à l'urgence sont de maximiser les services courants et de favoriser la réorientation vers les services de première ligne selon les nouvelles lignes directrices de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, ce qui implique un changement de culture en ce sens.

1.09.44

La durée de séjour à l'urgence de la clientèle ambulatoire concerne la clientèle n'ayant pas occupé de civière. Elle se calcule du début de l'épisode de soins, au moment de l'accueil ou du triage, jusqu'au départ de l'urgence. Le pourcentage de cette clientèle, dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures, n'atteint pas l'engagement avec un résultat de 76,1 %. De plus, la performance de l'indicateur a diminué par rapport à celle de l'année dernière (77,2).

Le CIUSSS travaille très fort pour reconduire les clients non urgents en première ligne. Dans l'ensemble de nos urgences, le plus gros du volume est constitué de ces cas. La population a aussi un rôle à jouer pour favoriser la consultation avec le médecin de famille plutôt que l'urgence, même si ce milieu semble offrir un accès plus facile à tous les services. Par ailleurs, des causes intrinsèques contribuent à l'allongement de la durée de séjour des patients ambulatoires : un seul médecin par quart de travail pour répondre à l'ensemble de la clientèle et l'augmentation de la clientèle des personnes âgées de 75 ans et plus et de la clientèle en santé mentale. Enfin, le plan de communication à la population sur l'accès adapté, les supercliniques, les groupes de médecine de famille (GMF), le système de réponse téléphonique 811 et l'utilisation du rendez-vous santé Québec (RVSQ) est à améliorer.

Il faut poursuivre la réorientation au niveau régional, tout en soutenant les changements requis comme l'accompagnement clinique des infirmières.

4.2.12 SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	2 318	2 502	2 291	•	Pas de confirmation du MSSS
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	102	100	100	✔	Pas de confirmation du MSSS
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	10,1	10,3	10	•	Pas de confirmation du MSSS

1.09.05

Avec un total de 2 291 usagers, le nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile n'atteint pas l'engagement et est inférieur au résultat de l'année passée (2 318).

Durant l'année, toutes les demandes de service en lien avec cette clientèle ont été traitées. Plusieurs initiatives ont permis de faire connaître les services ou de préciser les trajectoires :

- Une présentation de la trajectoire des soins palliatifs à domicile auprès des médecins responsables des cliniques médicales de première ligne ;
- La mise en place d'un comité d'arrimage entre les groupes de médecine de famille (GMF) et la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) ;
- Une rencontre avec les équipes de liaison des centres hospitaliers afin de s'assurer que les services offerts, ainsi que les trajectoires, sont bien connus dans le contexte du taux de roulement élevé de ces équipes.

Dans la prochaine année, un comité régional, avec les différents partenaires de la région et les représentants des directions du CIUSSS, sera mis sur pied afin d'actualiser le plan d'action ministériel.

1.09.45

Le nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie atteint l'engagement avec un résultat de 100. Ce dernier est légèrement inférieur à celui de l'année précédente (102).

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

1.09.46

Le pourcentage de décès à domicile des usagers ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile est de 10 %. Ce résultat n'atteint pas l'engagement mais il se maintient par rapport à celui de l'année dernière (10,1 %).

L'écart entre le résultat et la cible est faible, l'engagement étant presque atteint.

4.2.13 SANTÉ PHYSIQUE – SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.09.25-PS Nombre total de GMF	32	32	33	✔	Pas de confirmation du MSSS
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	83,9	87	84	●	Pas de confirmation du MSSS
1.09.48-PS Nombre de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou superclinique)	6	7	6	●	Pas de confirmation du MSSS

1.09.25

Le nombre de GMF est de 33, l'engagement est donc atteint. Le résultat est de 1 GMF de plus que l'année dernière (32).

Un nouveau GMF, le GMF du complexe Synase, a obtenu sa désignation au cours de l'automne 2019, dans le secteur Limoilou-Vanier au sein du réseau local de services de Québec-Sud.

1.09.27

Pour ce qui est du pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille, l'engagement n'est pas atteint. Par contre, le résultat observé de 84 % se maintient si on le compare à celui de l'année dernière (83,9 %).

Les nombreux départs à la retraite de médecins de famille ayant une large clientèle combinés à l'arrivée d'un faible nombre de nouveaux médecins prenant une quantité moindre de patients en charge expliquent cette situation.

1.09.48

Avec un résultat de 6, le nombre de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R) n'atteint pas l'engagement, mais il se maintient par rapport à celui de l'année passée (6).

Un GMF a déposé sa demande de désignation réseau au MSSS en janvier 2019 et il est toujours en attente d'une réponse. S'il obtient une réponse favorable, il sera le 7e GMF-R de la région.

4.2.14 CHIRURGIE

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	0	0	✔	0

1.09.32.00

Le résultat indique qu'il n'y a pas de patient en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies. Ce résultat respecte l'engagement prévu et se maintient par rapport à celui de l'année passée (0).

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

4.2.15 SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	92,9	100	96,1	●	100
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	100	100	100	✔	100
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100	100	100	✔	100
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	100	100	✔	100
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	94,3	100	96,8	●	100
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	78	100	61	✖	100
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	90,4	100	96,5	●	100
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	100	100	100	✔	100

1.09.34.00

Avec un résultat de 96,1 %, le pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour toutes les modalités ciblées n'atteint pas l'engagement, mais il est supérieur à celui de l'année dernière (92,9 %).

Le CIUSSS poursuit ses efforts pour réduire les délais pour la clientèle et s'assurer que la cible soit atteinte. Une épuration des listes d'attente sera faite cet été pour avoir un meilleur portait de la situation. De plus, les données seront étudiées pour en assurer la qualité. Enfin, le chantier en imagerie permettra de mieux distinguer les premiers résultats des suivis/contrôles.

1.09.34.02

Le pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies atteint l'engagement et le résultat de 100 % se maintient par rapport à celui de l'année dernière (100 %).

1.09.34.03

Le pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques atteint l'engagement. De plus, avec un résultat de 100 %, il maintient la performance favorable de l'année passée (100 %).

1.09.34.04

Avec un résultat de 100 %, le pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales atteint l'engagement. De plus, il maintient la performance favorable de l'année passée (100 %).

1.09.34.05

Le pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques n'atteint pas l'engagement, mais le résultat de 96,8 % est supérieur à celui de l'année dernière (94,3 %).

Il y a eu des bris de service sur le territoire de Charlevoix à l'occasion d'une mise à niveau des équipements respectant les exigences des cardiologues. Les équipements sont maintenant en fonction. Pour le territoire de Québec,

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

le CIUSSS accueille des usagers de la liste d'attente de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval. Il est possible que les usagers ainsi référés avec leur temps d'attente cumulé dans l'autre établissement soient hors délai, ce qui peut influencer les résultats du CIUSSS. Par contre, avec ce transfert d'usagers, leur temps d'attente réel diminue, dans les faits, ce qui justifie le transfert vers le CIUSSS.

1.09.34.06

Le pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires n'atteint pas l'engagement. De plus, le résultat de 61,1 % est moins favorable que celui de l'année passée (78 %).

Une erreur de saisie informatique explique ce résultat. Les noms de clients ayant obtenu leur rendez-vous ou leur examen n'ont pas été retirés de la liste d'attente. La correction dans le système et l'actualisation de la liste d'attente permettront d'atteindre la cible ministérielle à la prochaine reddition de comptes. En date du 22 mai 2019, 10 usagères sont en attente, 8 depuis 0-1 mois et 2 depuis 1-2 mois.

1.09.34.07

Le pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies n'atteint pas l'engagement, mais le résultat de 96,5 % est plus favorable que celui de l'année dernière (90,4 %).

Une amélioration notable a été observée depuis la dernière année. La poursuite de la cible ministérielle est le but pour l'année 2019-2020. La Direction des services professionnels est en démarche actuellement afin de stabiliser l'offre en imagerie médicale pour le territoire de Charlevoix.

1.09.34.08

Le pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries atteint l'engagement. De plus, le résultat de 100 % se maintient par rapport à celui de l'année passée (100 %).

4.2.16 RESSOURCES MATÉRIELLES

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100 ✔	100

2.02.02

Le niveau de réalisation des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité est de 100 %. L'indicateur atteint donc l'engagement et il maintient une bonne performance depuis l'année dernière (100 %).

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

4.2.17 RESSOURCES HUMAINES

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019		Engagement 2019-2020
3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire	7,74	6,1	7,88	✖	N/D*
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,32	2,5	3,98	✖	N/D*
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,94	1,9	1,78	✔	N/D*

*Détermination de l'engagement reportée à septembre 2019

3.01

Le ratio d'heures en assurance salaire n'atteint pas l'engagement. Avec un résultat de 7,88 %, il dépasse la valeur maximale attendue. De plus, le ratio a augmenté de 2 % (en valeur relative) par rapport à celui de l'année dernière (7,74 %).

La pénurie de main-d'œuvre en augmentation continuelle, accentuée par un taux de chômage très bas (3,9 %) rend difficile le recrutement, ce qui occasionne un manque de personnel et l'accroissement de la charge de travail pour le personnel en place. Des stresseurs sont identifiés et ils réfèrent aux risques psychosociaux, notamment à la charge de travail, à l'organisation du travail et à la reconnaissance au travail. Pour certains titres d'emploi, la courbe d'âge est plus élevée, ce qui se traduit par un nombre d'absences et une durée d'absence plus élevée. Il faut toutefois noter l'amélioration du ratio d'assurance salaire depuis le début de l'année : situé à 8, 11 % à la première période, une amélioration a été observée pour les périodes 7 à 13 par rapport aux mêmes périodes l'an dernier. Selon cette tendance, nous pouvons donc anticiper une diminution du ratio pour l'année 2019-2020.

3.05.02

Avec un résultat de 3,98 % d'heures supplémentaires par rapport au nombre total d'heures travaillées, l'indicateur n'atteint pas l'engagement. De plus, le taux d'heures supplémentaires a augmenté de 20 % (en valeur relative) depuis la dernière année (3,32 %).

Malgré le fait que le CIUSSS ait recruté 1 922 personnes au cours de l'année 2018-2019, nous avons dû recourir au temps supplémentaire pour combler les différentes absences. La non-atteinte de la cible d'utilisation du temps supplémentaire est tributaire de différents facteurs, dont l'augmentation des absences qui cause un volume de remplacements plus important. La diminution de notre utilisation de la main-d'œuvre indépendante (taux à 1,94 % en 2017-2018 par rapport à un taux de 1,78 % en 2018-2019) est également un élément pouvant avoir un effet sur la hausse du temps supplémentaire. De plus, la hausse de l'offre de service a entraîné une augmentation du nombre d'employés requis, ce qui a aussi augmenté le temps supplémentaire.

Plusieurs actions ont été mises en place pour réduire l'utilisation du temps supplémentaire. La Direction des ressources humaines et des communications travaille sur un projet organisationnel visant l'optimisation des structures de postes et la gestion des effectifs. Nous avons d'ailleurs procédé au rehaussement de tous les postes de préposé aux bénéficiaires et nous travaillons sur le rehaussement des postes d'infirmière. Un plan d'action de recrutement et de promotion a été élaboré et réalisé afin d'inciter la main-d'œuvre à venir travailler au CIUSSS. Notons également que des garanties de travail ont été proposées afin de rendre nos offres d'emploi plus attractives. De plus, nous avons planifié des missions de recrutement à l'international. Nous avons mis en place un nouveau programme de formation rémunérée qui a suscité plusieurs inscriptions. Enfin, nous avons fait un appel d'intérêt pour tous les employés intéressés à travailler la fin de semaine en centre d'hébergement.

Il faut rappeler que l'accroissement du temps supplémentaire permet d'assurer la continuité des soins et des services à la clientèle et d'éviter la rupture de service. Cependant, il a pour effet d'augmenter la fatigue de notre personnel, ce qui, par conséquent, peut contribuer à une augmentation des absences en assurance salaire ou en CNESST.

3.06

Le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante atteint l'engagement avec un résultat de 1,78 %. De plus, le résultat a diminué de 8 % (en valeur relative) depuis la dernière année (1,94 %).

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

4.2.18 MULTIPROGRAMMES

Indicateur	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	59,6	68,3	58,4 ✖	70

7.01.00

Le pourcentage des premiers services de nature psychosociale dispensés dans un délai de 30 jours n'atteint pas l'engagement prévu. De plus, son résultat de 58,4 % est légèrement plus bas que celui de l'année dernière (59,6 %).

Une analyse plus détaillée des résultats a mis en évidence que les usagers des programmes et des services suivants ont une proportion de délais à l'intérieur de 30 jours très en deçà de l'engagement visé : le soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie, la santé mentale, les jeunes en difficulté, la déficience physique, la déficience intellectuelle, incluant les troubles du spectre de l'autisme (TSA).

La diminution des effectifs attribuable aux absences du personnel (principalement l'assurance salaire) et la pénurie de main-d'œuvre pour compenser celles-ci n'ont pas permis d'accroître significativement l'offre de service psychosocial. De plus, certaines clientèles de ces programmes (SAPA, DITSADP) sont en croissance, ce qui donne lieu à plusieurs nouvelles demandes de services. Une priorisation des prises en charge assure de répondre aux besoins les plus urgents, mais cela occasionne des délais pour d'autres usagers dont la priorité est moindre.

Les secteurs des jeunes en difficulté et de la santé mentale ont déployé des activités de groupe pour favoriser un premier service, mais nous constatons que ce type d'intervention n'est pas pris en compte dans la compilation de l'indicateur mesuré par le MSSS. Cette stratégie d'intervention est pourtant une approche clinique conforme aux meilleures pratiques dans les contextes où nous l'utilisons. À cet égard, une révision sur le plan national de l'indicateur et des systèmes d'information devrait être envisagée.

Enfin, tous les secteurs des services ciblés par notre analyse bénéficieront d'une consolidation budgétaire au cours du prochain exercice financier, ce qui augmentera la capacité de prise en charge des équipes et réduira le délai d'attente pour un premier service psychosocial à l'usager.

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✖) inférieur à 90 %

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

5.1 L'AGRÉMENT

L'établissement a assuré un suivi des recommandations émises par Agrément Canada lors de sa visite en juin 2017. L'organisme a par la suite confirmé le statut agréé du CIUSSS. Enfin, Agrément Canada a indiqué à l'établissement qu'une attention particulière serait accordée aux critères reliés aux mesures d'urgence lors de la prochaine visite qui se déroulera en octobre 2019.

5.2 LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Plusieurs actions ont été réalisées afin de promouvoir en continu l'importance de la déclaration et de la divulgation des incidents et des accidents. Les activités de formation ont permis de joindre plus de 600 employés, et ce, grâce à différentes modalités facilitantes.

Par ailleurs, la Politique de déclaration et de gestion des événements survenant lors de la prestation des soins et des services et le *Règlement relatif à la divulgation des événements* ont été révisés. De plus, une procédure pour la déclaration et la gestion des événements a été élaborée en vue d'outiller le personnel et les gestionnaires.

Les trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) et d'accidents (indices de gravité C à I) sont mis en évidence au moyen du système local de surveillance.

Comme le démontre le tableau suivant, les trois principaux types d'incidents de gravité A et B sont les erreurs reliées à la médication et les événements de la catégorie

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS (INDICE DE GRAVITÉ A ET B)

	Médication	Diète	Autres	TOTAL 3 principaux types d'incidents	TOTAL tous les types d'incidents
Incidents	1 465	643	967	**3 075**	**4 165**

Source : Extraction du Système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS), 23 avril 2019

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS (INDICE DE GRAVITÉ C À I)

	Chute	Médication	Autres	TOTAL 3 principaux types d'accidents	TOTAL tous les types d'accidents
Accidents	13 028	8 149	5 975	**27 152**	**30 532**

Source : Extraction du Système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS), 23 avril 2019

Autres. Les trois principaux types d'accidents de gravité C à I sont les chutes, la médication et les événements de la catégorie *Autres*.

Tout au long de l'année, un suivi étroit des déclarations des incidents et des accidents a été effectué par l'équipe de la gestion des risques. Ce suivi a permis, notamment, d'apporter les corrections aux défauts de saisie dans le SISSS, d'identifier les événements nécessitant une analyse concise ou approfondie, de produire les différents rapports statistiques pour les gestionnaires et les sous-comités de gestion des risques. Par ailleurs, quatre rapports trimestriels ont été déposés au comité de gestion des risques ; ces rapports ont été analysés au comité de vigilance et de la qualité et présentés au conseil d'administration de l'établissement.

Les analyses concises ou approfondies réalisées ont conduit l'établissement à identifier les mesures requises pour prévenir la récurrence de ces événements et à mettre en place des actions pour améliorer la qualité et la sécurité des services. C'est d'ailleurs dans ce contexte que les plans d'action suivants ont fait l'objet d'un suivi spécifique au comité de gestion des risques et de la qualité :

- Plan d'action sur la sécurité alimentaire ;
- Plan d'action sur l'actualisation des pratiques et outils cliniques en matière de fugue ;
- Plan d'action sur la prévention des chutes ;
- Plan d'action sur la prévention du suicide.

5.3 LES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Le coroner a émis deux recommandations à la suite de deux événements qui visaient le CIUSSS.

Événement et recommandation	Mesure corrective
Dans le dossier 2017-01498, l'événement en lien avec une chute au CHSLD Christ-Roi, la recommandation émise stipule que la direction responsable de l'équipement doit dorénavant s'assurer que le matériel utilisé dans les lits des résidents réponde aux standards de sécurité nécessaire dans l'établissement.	Une vérification a été faite afin de s'assurer de l'utilisation adéquate du matériel.
Dans le dossier 2017-04968, l'événement en lien avec une chute au CHSLD Jeffery-Hale, la recommandation émise stipule que le CIUSSS de la Capitale-Nationale poursuive l'application des recommandations émises pour la prévention des chutes et le suivi postchute telles qu'inscrites dans le rapport d'incident/accident.	Les recommandations émises pour la prévention des chutes et le suivi postchute sont en cours de réalisation. Par ailleurs, le plan d'action en prévention des chutes vient appuyer ces recommandations.

5.4 LES RECOMMANDATIONS ISSUES DES VISITES DES ORDRES PROFESSIONNELS

5.4.1 ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC

Centre d'hébergement Saint-Antoine — visite d'inspection générale du 28 novembre au 3 décembre 2016

En juin 2018, présentation du compte rendu des réalisations du plan d'amélioration de la qualité de l'exercice infirmier accepté par l'Ordre.

Centre d'hébergement Saint-Augustin — visite d'inspection générale du 19 au 23 février 2018

Le rapport d'inspection professionnelle décrit les infirmières comme étant consciencieuses, travaillant en interdisciplinarité, priorisant les soins et assurant la coordination de l'équipe de soins avec des directives pertinentes. Il mentionne aussi la pratique particulièrement exemplaire envers les résidents à risque de plaies de pression et ceux ayant fait une chute. Il ajoute que les infirmières doivent corriger certains éléments de la démarche clinique, porter une attention particulière à la documentation de l'ensemble des informations pertinentes aux dossiers et apporter des correctifs à la majorité des éléments de leur démarche clinique en situation de maltraitance.

Un plan d'amélioration a été élaboré et soumis au comité d'inspection professionnelle de l'OIIQ le 22 juin 2018 et approuvé en juillet 2018.

5.4.2 ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

Des visites ont eu lieu les 11, 12 et 19 septembre 2018 sur trois sites du CIUSSS : CLSC des Rivières et Centre d'hébergement du Christ-Roi, l'IUSMQ et l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré.

Le rapport présente 66 recommandations à la suite desquelles un plan d'action a été élaboré. Il se décline en trois axes : les responsabilités du professionnel, celles du gestionnaire et les responsabilités organisationnelles d'un comité interdirections.

5.5 LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a traité 23 plaintes qui visaient le CIUSSS. De ces 23 plaintes, 7 recommandations ont été formulées.

Recommandation	Mesure corrective
Poursuivre les démarches entreprises afin d'assurer une prise en charge des personnes enregistrées au Guichet d'accès à un médecin de famille. (Cette recommandation a été formulée à deux reprises.)	Les démarches se sont poursuivies afin d'assurer une prise en charge des personnes enregistrées au Guichet d'accès à un médecin de famille.
Ajuster les critères de la catégorie « cas instable » de façon à tenir compte des ressources dont dispose l'urgence de Saint-Marc-des-Carrières.	L'établissement a avisé le Protecteur du citoyen qu'il ne donnerait pas suite à cette recommandation telle qu'elle est libellée. Toutefois, il s'est montré ouvert à revoir les trajectoires préhospitalières dans l'objectif de diriger l'usager en ambulance vers l'urgence la plus apte à répondre à son besoin.
Apporter les correctifs nécessaires au cadre de gestion du programme SISAD au regard de l'accès à une mesure d'aide provisoire de façon à ne pas tenir compte du critère « revenu » pour les personnes en attente de l'actualisation de leur plan de service.	Les correctifs ont été apportés comme demandé à la satisfaction du Protecteur du citoyen.
Fournir dès maintenant une mesure d'aide provisoire pour les services d'assistance personnelle de l'usager, à hauteur d'au moins 5 heures par semaine, dans l'attente de l'actualisation de son plan de service.	Une mesure d'aide provisoire a été fournie.
Produire et transmettre au Protecteur du citoyen d'ici le 29 mars 2019 un état de situation concernant les plans de service en attente d'actualisation au terme du prochain exercice d'attrition de février 2019.	L'état de situation a été produit dans le respect des échéanciers, à la satisfaction du Protecteur du citoyen.
Présenter à l'usager une information détaillée relativement au processus d'évaluation et de détermination de son plan de service, incluant le niveau de priorité établi.	L'information a été présentée comme demandé à l'usager.

5.6 L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Ce sujet est traité au point 3.2.12.1 Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique.

5.7 LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION

STATISTIQUES CONCERNANT LES GARDES EN ÉTABLISSEMENT ENTRE LE 1ER AVRIL 2018 ET LE 31 MARS 2019

	IUSMQ	CHU - HEJ	CHU - HSS	CHU - CHUL	CSSS Charlevoix - HBSP	CSSS Charlevoix - HLM	**Total mission CH**
Nombre de mises sous garde préventive	87	487	124	221	26	25	**970**
Nombre de demandes (requêtes) de mise sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	149	36	59	48	14	0	**306**
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal	294	37	82	56	14	1	**484**
Nombre de demandes (requêtes) de mise sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	194	13	44	43	12	2	**308**
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	209	11	44	42	12	2	**320**

STATISTIQUES CONCERNANT LES JUGEMENTS D'AUTORISATION DE SOINS ENTRE LE 1ER AVRIL 2018 ET LE 31 MARS 2019

	IUSMQ	CHU - HEJ	CHU - HSS	CHU - CHUL	CSSS Charlevoix - HBSP	CSSS Charlevoix - HLM	**Total mission CH**
Nombre de jugements d'autorisation de soins intérimaires rendus	24	1	0	5	0	0	**30**
Nombre de jugements d'autorisation de soins rendus	190	6	11	16	0	0	**223**

5.8 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Cette année, avec l'adoption de la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité par le conseil d'administration le 20 novembre dernier, les responsabilités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services se sont précisées à cet égard. Des améliorations ont également été apportées au Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services, ce qui facilite la reddition de comptes.

Au cours de l'année 2018-2019, l'équipe du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services a traité 2 662 dossiers, soit une hausse de 9 %, qui se segmentent en 854 plaintes, 328 interventions, 1 341 assistances et 139 consultations. Malgré l'augmentation du nombre de dossiers traités, l'équipe du Commissariat a maintenu le délai moyen de traitement des plaintes à 33 jours comparativement à 34 jours en 2017-2018. Effectivement, 82 % des dossiers de plaintes ont été conclus en deçà de 45 jours comparativement à 80,92 % l'année précédente. Ce constat démontre que les efforts déployés afin d'améliorer notre processus de traitement ont permis une meilleure performance. En moyenne, le Commissariat répond quotidiennement à plus de 25 appels téléphoniques et procède à l'ouverture d'environ 11 nouveaux dossiers d'insatisfaction.

Au-delà de ces statistiques, notre priorité demeure l'amélioration des services aux usagers, et nous déployons tous les efforts nécessaires afin que les situations dénoncées ne se reproduisent plus. Cette année, 690 mesures correctives ont été mises en œuvre.

De plus, en 2017-2018, le Commissariat a élaboré, avec l'aide du Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique, un sondage pour connaître l'expérience des usagers à l'égard du processus de traitement de leurs plaintes, afin d'améliorer l'offre de service à la clientèle. Pour ce faire, 105 usagers ayant eu recours à ses services ont été invités, entre janvier et juin 2018, à partager leur expérience sous la forme d'un sondage de satisfaction. Au total, 33 % des personnes sollicitées ont répondu au sondage. Globalement, 68,8 % des répondants indiquent être très satisfaits ou satisfaits des services reçus par l'équipe du Commissariat. La précieuse information recueillie par cette démarche a permis d'identifier des cibles d'amélioration et a donné lieu à la mise en place d'un comité de travail composé d'usagers partenaires et de représentants de comités des usagers afin de revoir les pratiques actuellement en place en matière de transmission de l'information, et d'élaborer un plan d'amélioration continue.

Bilan des dossiers de plaintes médicales reçues

Au cours de l'année 2018-2019, le médecin examinateur a traité 62 plaintes, soit une diminution de 21,5 % par rapport à l'exercice 2017-2018. Le traitement de 80,7 % des plaintes a été complété à l'intérieur du délai prescrit par le législateur. Ce pourcentage était de 30,8 % à l'exercice précédent, et de 22,5 % en 2016-2017. Cette amélioration significative est attribuable à la disponibilité d'un médecin examinateur deux jours par semaine. L'examen des plaintes n'a donné lieu à aucune mesure, aucune faute professionnelle n'ayant été identifiée.

Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services pour l'exercice 2018-2019 est disponible sur le site Web de l'établissement.

6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

La *Loi concernant les soins de fin de vie* adoptée depuis un peu plus de trois ans a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. Elle précise les droits de ces personnes en assurant que chacune ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité et adaptés à ses besoins pour prévenir et apaiser ses souffrances. La loi fait également mention des exigences particulières relatives à certains soins de fin de vie, notamment l'aide médicale à mourir, les directives médicales anticipées et la sédation palliative continue.

Dans le but d'améliorer les compétences des professionnels appelés à intervenir auprès de la personne et de ses proches, le CIUSSS poursuit le déploiement du plan de développement des compétences en soins palliatifs et de fin de vie du MSSS. L'ensemble des bénévoles œuvrant auprès des usagers en soins palliatifs et de fin de vie en hébergement ainsi qu'à domicile ont aussi profité d'une formation de 18 heures pour leur permettre un rehaussement dans l'accompagnement qu'ils donnent.

Un travail entre plusieurs directions du CIUSSS est planifié pour revoir l'orientation et les trajectoires des soins palliatifs et de fin de vie.

Rapport du directeur général au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie (Loi concernant les soins de fin de vie, chapitre III, art. 8)

APPLICATION DE LA POLITIQUE DU 1ER AVRIL 2018 AU 31 MARS 2019

Activité	Information demandée	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	**4136**
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	**64**
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	**73**
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	**60**
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	**13**

APPLICATION DE LA POLITIQUE DU 10 DÉCEMBRE 2017 AU 31 MARS 2018

Activité	Information demandée	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	**1917**
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	**23**
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	**25**
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	**19**
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	**6**

7. LES RESSOURCES HUMAINES

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Effectifs de l'établissement au 31 mars 2019	2018-2019
Les cadres	
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	**522**
Temps partiel Nombre de personnes : équivalent temps complet[1] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	**11,6 ETC**
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	**1**
Les employés réguliers	
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	**8 229**
Temps partiel Nombre de personnes : équivalent temps complet[1] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	**3 167,48 ETC**
Nombre de personnes en sécurité d'emploi	**8 (6,1 ETC)**
Les occasionnels	
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	**7 465 237**
Équivalent temps complet[2]	**4 088,3 ETC**

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

2. L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1826 heures.

PRÉSENTATION DES DONNÉES POUR LE SUIVI DE LA LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

		Comparaison sur 364 jours (avril à mars) de 2014-2015 à 2018-2019				
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
Personnel d'encadrement	2014-15	1 212 270	973	1 213 244	668	728
	2015-16	1 068 316	1 355	1 069 671	588	667
	2016-17	1 016 446	679	1 017 125	559	629
	2017-18	991 182	464	991 646	545	600
	2018-19	967 829	4 300	972 129	533	622
	Variation	**(20,2 %)**	**341,7 %**	**(19,9 %)**	**(20,2 %)**	**(14,6 %)**
Personnel professionnel	2014-15	3 911 544	8 018	3 919 562	2 174	2 783
	2015-16	3 956 015	5 832	3 961 846	2 198	2 955
	2016-17	4 322 842	9 211	4 332 053	2 406	3 113
	2017-18	4 588 338	10 629	4 598 967	2 553	3 246
	2018-19	4 696 856	15 782	4 712 637	2 613	3 370
	Variation	**20,1 %**	**96,8 %**	**20,2 %**	**20,2 %**	**21,1 %**
Personnel infirmier	2014-15	4 993 260	132 193	5 125 453	2 696	3 539
	2015-16	5 244 924	135 338	5 380 261	2 827	4 005
	2016-17	5 957 732	169 694	6 127 426	3 197	4 227
	2017-18	6 241 659	208 334	6 449 993	3 346	4 445
	2018-19	6 310 864	234 562	6 545 426	3 387	4 536
	Variation	**26,4 %**	**77,4 %**	**27,7 %**	**25,6 %**	**28,2 %**
Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	9 997 650	137 771	10 135 421	5 455	7 504
	2015-16	9 965 239	138 037	10 103 275	5 436	7 655
	2016-17	10 370 203	184 634	10 554 838	5 665	7 944
	2017-18	10 713 016	237 265	10 950 282	5 859	8 197
	2018-19	10 608 726	317 891	10 926 616	5 802	8 248
	Variation	**6,1 %**	**130,7 %**	**7,8 %**	**6,4 %**	**9,9 %**
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	2 374 087	17 677	2 391 764	1 210	1 836
	2015-16	2 330 922	18 876	2 349 799	1 188	1 777
	2016-17	2 404 891	23 005	2 427 896	1 227	1 881
	2017-18	2 463 069	28 656	2 491 725	1 259	1 986
	2018-19	2 428 016	34 758	2 462 773	1 242	1 914
	Variation	**2,3 %**	**96,6 %**	**3,0 %**	**2,6 %**	**4,2 %**
Étudiants et stagiaires	2014-15	9 723	50	9 773	5	32
	2015-16	7 703	31	7 734	4	27
	2016-17	13 895	54	13 949	8	43
	2017-18	14 020	16	14 036	8	51
	2018-19	14 548	34	14 583	8	55
	Variation	**49,6 %**	**(31,6 %)**	**49,2 %**	**52,0 %**	**71,9 %**
Total du personnel	2014-15	22 498 534	296 683	22 795 217	12 208	15 982
	2015-16	22 573 118	299 467	22 872 586	12 240	16 673
	2016-17	24 086 009	387 277	24 473 287	13 061	17 303
	2017-18	25 011 284	485 365	25 496 650	13 571	17 927
	2018-19	25 026 838	607 326	25 634 164	13 585	18 156
	Variation	**11,2 %**	**104,7 %**	**12,5 %**	**11,3 %**	**13,6 %**

COMPARAISON DES HEURES RÉMUNÉRÉES PAR SOUS-CATÉGORIE D'EMPLOI

	Comparaison sur 364 jours (avril à mars) de 2017-2018 à 2018-2019	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Total heures rémunérées 2017-2018	Total heures rémunérées 2018-2019
Personnel d'encadrement	991 646	972 129
Personnel professionnel	4 598 967	4 712 637
Personnel infirmier	6 449 993	6 545 426
Personnel de bureau, technicien et assimilé	10 950 282	10 926 616
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2 491 725	2 462 773
Étudiants et stagiaires	14 036	14 583
Total du personnel	**25 496 650**	**25 634 164**

Cible en heures rémunérées pour 2018-2019	**25 326 364**
Écart à la cible	**307 800**
Écart à la cible en %	**1,2 %**

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs alloués par la ministre de la Santé et des Services sociaux.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMME

	Dépenses 2017-2018		Dépenses 2018-2019		Variation	
	$	%	$	%	$	%
Programme et service						
Santé publique	20 554 321	1,54	24 953 214	1,78	4 398 893	6,23
Services généraux - activités cliniques et d'aide	95 876 296	7,19	93 480 368	6,65	(2 395 928)	-3,39
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	334 268 074	25,05	349 718 176	24,89	15 450 102	21,89
Déficience physique	88 441 414	6,63	95 031 157	6,76	6 589 743	9,33
Déficience intellectuelle et TSA	104 338 954	7,82	109 560 628	7,80	5 221 674	7,40
Jeunes en difficulté	107 483 277	8,06	113 513 540	8,08	6 030 263	8,54
Dépendances	11 408 183	0,86	11 910 144	0,85	501 961	0,71
Santé mentale	164 690 957	12,34	172 287 226	12,26	7 596 269	10,76
Santé physique	129 731 826	9,72	148 995 268	10,61	19 263 442	27,29
Programme de soutien						
Administration	83 467 227	6,26	82 467 460	5,87	(999 767)	-1,42
Soutien aux services	104 221 632	7,81	112 515 002	8,01	8 293 370	11,75
Gestion des bâtiments et des équipements	89 778 608	6,73	90 421 610	6,44	643 002	0,91
Total	1 334 260 769	100,00	1 404 853 793	100,00	70 593 024	100,00

Pour plus d'information sur les ressources financières, veuillez consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) disponible sur le site Web du MSSS ou sur celui du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

8.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

L'établissement présente dans ses résultats globaux, à la page 200 du *Rapport financier annuel (AS-471)*, un surplus de 4 289 449 $ se détaillant aux résultats du fonds d'exploitation à un surplus de 6 781 736 $, et au fonds d'immobilisations à un déficit de 2 492 287 $. Ainsi, le CIUSSS s'est conformé à son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin de l'année financière.

8.3 LES CONTRATS DE SERVICE

CONTRATS DE SERVICE COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 $ ET PLUS CONCLUS ENTRE LE 1ER AVRIL 2018 ET LE 31 MARS 2019

	Nombre	Valeur $
Contrats de service avec une personne physique[1]	10	1 417 619,68
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	116	45 628 804,71
TOTAL	**126**	**47 046 424,39**

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉES PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2019**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP 3410 «Paiements de transfert», et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transfert à recevoir du gouvernement du Québec.	2013-14	R	Aucune car directive du MSSS.			NR
Les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2011-12	R	Aucune car directive du MSSS.			NR

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
CA 7554 - Les données de l'unité de mesure « le repas » du sous-centre d'activité 7554 (Alimentation - Autres), comportent des erreurs de calcul arithmétique et des repas ont été omis. De plus, des prix utilisés pour calculer le nombre de repas n'incluent pas le taux adéquat de majoration. Enfin, pour une installation, la ventilation des revenus n'a pas été effectuée adéquatement afin de diviser les revenus par le prix conventionné applicable à la catégorie.	2015-16	R	Un comité sera mis en place en 2019-2020 et réunira du personnel de la direction des ressources financières et de la direction de la logistique. Le plan d'action qui en découlera sera mis en oeuvre afin de s'assurer de la bonne compilation des unités de mesure.			NR
Selon le Manuel de gestion financière (MGF), l'usager doit être compilé une seule fois durant l'exercice pour l'établissement en entier. Étant donné que les numéros de dossier des usagers diffèrent pour chacune des installations du CIUSSS de la Capitale-Nationale, il est difficile pour la direction d'identifier si un même usager s'est présenté dans plusieurs installations durant l'exercice financier. Ainsi, il y a risque d'une surévaluation potentielle, mais cette anomalie ne peut être quantifiée. Les sous-centres d'activités visés sont tous ceux qui sont présents dans plus d'une installation ou pour lesquels le processus de compilation ne permet pas de repérer un même usager qui a utilisé les services dans plus d'une installation.	2015-16	R	L'utilisation d'un système d'information unifié est nécessaire afin de régler cette problématique. Toutefois, l'établissement juge que ces surévaluations sont très faibles et qu'elles n'ont pas d'impact matériel sur les statistiques compilées.			NR
CA 7644 - Les données de l'unité de mesure « le mètre carré » du sous-centre d'activité 7644 (Hygiène et salubrité - Tâches opérationnelles) utilisées pour le calcul ne sont pas exactes ou ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière (MGF).	2016-17	R	Un plan d'action est en cours d'exécution par la direction des services techniques afin d'obtenir des données qui respectent les exigences du Manuel de gestion financière.			NR
CA 7703 - Les données de l'unité de mesure « le mètre cube » du sous-centre d'activité 7703 (Fonctionnement des installations - Autres) utilisées pour le calcul ne sont pas exactes ou ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière (MGF).	2016-17	R	Un plan d'action est en cours d'exécution à la direction des services techniques afin d'obtenir des données qui respectent les exigences du Manuel de gestion financière.			NR

CA 5950 - Les données des coûts et de l'unité de mesure « les heures de formation » du centre d'activité 5950 (Formation donnée par le personnel infirmier), ne peuvent être déterminées pour un secteur. Cela a pour incidence de sous-évaluer les coûts et les unités de mesure.	2017-18	R	Un comité sera mis en place en 2019-2020 et réunira du personnel de la direction des ressources financières et de la direction des ressources humaines et des communications. Le plan d'action qui en découlera sera mis en oeuvre et les anomalies seront réglées au cours de l'année financière 2019-2020.			NR
CA 6055 - Aucune unité de mesure « le jour-présence » du sous-centre d'activité 6055 (Pédiatrie) n'est présentée pour les coûts inscrits.	2017-18	R	Pour l'année financière 2018-2019, aucun coût et aucune unité de mesure n'ont été inscrits pour le sous-centre d'activité 6055 (Pédiatrie), car ces coûts ont été présentés aux charges non réparties.	R		
CA 6271, 6273 et 6274 - Les coûts et les unités de mesure du sous-centre d'activité 6271 (Soins infirmiers en longue durée pour la clientèle asilaire) auraient dû être répartis et présentés dans les sous-centres d'activités 6273 (Soins infirmiers de longue durée - Autres clientèles avec diagnostic psychiatrique) et 6274 (Soins d'assistance de longue durée - Autres clientèles avec diagnostic psychiatrique).	2017-18	R	La répartition des coûts et des unités de mesure a été effectuée conformément aux normes du Manuel de gestion financière pour l'année financière 2018-2019.	R		
CA 6307 - Les unités compilées pour l'unité de mesure « la visite » du sous-centre d'activité 6307 (Services de santé courants) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière (MGF) et il y a des anomalies de reports entre les listes détaillées et le tableau cumulatif présenté.	2017-18	R	Le processus de compilation de l'unité de mesure « la visite » sera révisé au cours de l'année financière 2019-2020 afin de respecter les exigences du manuel de gestion financière.			NR
CA 6606 - Aucune des unités de mesure « la procédure pondérée » et « la procédure » du sous-centre d'activité 6606 (Centre de prélèvements) n'est présentée, car les données compilées ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière (MGF).	2017-18	R	Les unités de mesure « la procédure pondérée » et « la procédure » du sous-centre d'activité 6606 (Centre de prélèvements) ont été compilées conformément aux exigences du Manuel de gestion financière pour l'année financière 2018-2019.	R		

CA 6870 - Les données des unités de mesure « heures de prestation de services » et « jour-traitement » du centre d'activité 6870 (Physiothérapie) saisies au système sont erronées. De plus, le lien entre les listes détaillées et le rapport cumulatif n'a pu être effectué.	2017-18	R	Le processus de compilation a été révisé durant l'année financière 2018-2019 et les unités de mesure compilées respectent le Manuel de gestion financière.	R		
CA 7001 - Des données de l'unité de mesure « la présence » du sous-centre d'activité 7001 (Services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration communautaire - Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme), ont été ajoutées manuellement au calendrier de présence et non considérées dans le total. Cela a pour incidence de sous-évaluer les unités de mesure.	2017-18	R	Le processus de compilation de l'unité de mesure «la présence» sera révisé en 2019-2020 afin de respecter le Manuel de gesion financière.			NR
CA 7163 - Les coûts et l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activité 7163 (Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile) ne sont pas présentés.	2017-18	R	Un plan d'action sera effectué par la direction des ressources financières durant l'année financière 2019-2020 afin de présenter les coûts et l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activité 7163 (Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile) conformément aux exigences du Manuel de gestion financière.			NR
CA 7532, 7690 et 8001 - Les processus de compilation des unités de mesure qui suivent ne permettent pas de répondre aux définitions et explications du Manuel de gestion financière (MGF) : • « l'admission, la visite et l'usager » du sous-centre d'activité 7532 (Archives); • « le transport d'un usager » du centre d'activité 7690 (Transport externe des usagers); • « heures de prestation de services » du sous-centre d'activité 8001 (Accueil, évaluation et orientation - Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme)	2017-18	R	Un plan d'action a été débuté en 2018-2019 afin de se conformer aux exigences du Manuel de gestion financière. Le plan d'action prendra fin durant l'année financière 2019-2020.		PR	

CA 8051 - L'unité de mesure « heures de prestation de services » du sous-centre d'activité 8051 (Services d'adaptation et de réadaptation à la personne - Déficience intellectuelle) comporte une erreur de saisie des données au système.	2017-18	R	La problématique a été réglée en 2018-2019.	R		
CA 8051, 8053 et 7041 - Les unités de mesure « heures de prestation de services » des sous-centres d'activités 8051 (Services d'adaptation et de réadaptation à la personne - Déficience intellectuelle) et 8053 (Services d'adaptation et de réadaptation à la personne - Trouble du spectre de l'autisme), sont surévaluées, car certaines ont été compilées à partir d'activités qui ont été reclassées au sous-centre d'activité 7041 (Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue [déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme]).	2017-18	R	Un plan d'action est en cours d'exécution afin de corriger l'anomalie pour l'année financière 2019-2020.			NR
CA 8053 - La note évolutive de l'intervenant pour l'unité de mesure « heures de prestation de services » du sous-centre d'activité 8053 (Services d'adaptation et de réadaptation à la personne - Trouble du spectre de l'autisme) était absente du dossier de l'usager ne permettant pas de m'assurer que les heures de prestation de services sont correctement compilées.	2017-18	R	La direction des services DI-TSA-DP est ntervenue auprès des intervenants afin de les sensibiliser sur l'importance de bien documenter les notes évolutives.	R		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Question 2 - L'établissement n'a pas apporté, pour chacune des sections concernées (immobilisations, mobiliers et équipement et autres), les précisions nécessaires à la page 490 pour les autres enveloppes décentralisées attribuées par le MSSS non spécifiquement mentionnées et qui sont présentées aux lignes 5, 9 et 13 de la page 415.	2017-18	C	Une reconstitution des données des établissements fusionnés est nécessaire afin de compiler adéquatement le solde de départ. Les données nécessaires sont incomplètes et ne permettent pas de reconstituer le solde de départ.			NR
Question 4 - L'établissement ne s'est pas conformé à l'article 7 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux* puisque le budget adopté par le conseil d'administration de l'établissement et qui est présenté à la page 200 est déficitaire.	2017-18	C	Le budget présenté au conseil d'administration était déficitaire pour l'année financière 2018-2019. Cependant, les suivis budgétaires rigoureux et la mise en place de mesures d'optimisation ont permis au CIUSSSCN de conclure l'année en surplus.			NR
Question 5 - L'établissement ne s'est pas conformé à l'article 17 de la *Loi sur les contrats des organismes publics*	2017-18	C	Le processus de gestion contractuelle a été révisé et inclut une trajectoire claire en cas de dépassement de coûts afin de	R		

puisqu'il y a eu un dépassement, pour un contrat, d'un montant supérieur à 10 % du montant initial et que cela n'a pas fait l'objet d'une approbation appropriée.			se conformer à l'article 17 de la *Loi sur les contrats des organismes publics*.			
Question 6 - 1- Il y a plusieurs titres d'emplois liés aux activités de recherche qui sont non conformes à la nomenclature du MSSS de sorte que le taux horaire de rémunération attribué à ces emplois ne peut être validé à une échelle de traitement établie.	2017-18	C	Certains titres d'emplois liés à la recherche demeurent non conformes à la nomenclature du MSSS. La situation découle du fait que les postes visés ne sont pas inclus aux conventions collectives. L'établissement n'a pas de contrôle sur la situation.			NR
Question 6 - 2- L'établissement a versé des primes de soins critiques à des infirmières du Centre antipoison qui ne correspondaient pas aux services prévus dans les conventions collectives nationales.	2017-18	C	L'établissement a versé des primes de soins critiques aux infirmières du Centre antipoison du Québec, service qui n'est pas dans la liste des services prévus aux dispositions nationales. Nous avons poursuivi une pratique approuvée par le CA d'un ancien établissement.			NR
Rapport à la gouvernance						
C-1 - Tests des changements applicatifs: Un processus de tests de mises à jour, au moins jugées majeures, de l'application financière et de l'application de paie devrait être mis en place. Ces tests permettraient de valider, entre autres choses, le traitement adéquat des informations par la vérification des nouvelles fonctionnalités et de droits d'accès qui y sont rattachés. Ce test devrait également se conclure par la formalisation de l'autorisation de la mise en production. - CSSS de Portneuf	2011-12	O	Caduc, voir nouveau point C-21 ajouté en 2017-18 à ce sujet.			
C-2 - Nous recommandons au CIUSSSCN de revoir son processus de compilation des obligations contractuelles afin de s'assurer de la qualité de l'information (existence, exhaustivité, évaluation, présentation) relative aux obligations contractuelles présentées au rapport financier annuel.	2017-18	C	Le processus de compilation des obligations contractuelles a été revu dans le cadre d'un plan d'action en 2018-2019. Cependant, des anomalies ont été relevées concernant les contrats GACEQ. Ces anomalies seront adressées dans le plan d'action 2019-2020.			NR

C-3 - Nous recommandons au CIUSSSCN de revoir le processus d'évaluation des passifs, passifs éventuels, actifs et actifs éventuels découlant de litiges afin d'assurer une comptabilisation et une présentation adéquate au rapport financier annuel.	2017-18	C	Le processus d'évaluation des passifs, passifs éventuels, actifs et actifs éventuels découlant de litiges a été révisé afin d'assurer une comptabilisation et une présentation adéquate au rapport financier annuel. Cependant, des efforts resteront à faire afin de s'assurer d'avoir une documentation adéquate et suffisante pour supporter la comptabilisation et la présentation adéquate au rapport financier annuel.		PR	
C-4 - Nous recommandons au CIUSSSCN de prendre les mesures requises afin de préparer des descriptions complètes de tous ses processus significatifs en temps opportun.	2017-18	C	Les descriptions complètes des processus significatifs ont été produites en temps opportun.	R		
C-5 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place un cadre de référence ou une politique concernant les allocations directes pour le maintien à domicile, de s'assurer de son application et de s'assurer de sa révision périodique.	2017-18	C	Un plan d'action est en cours d'exécution afin de revoir les modalités des allocations directes pour le maintien à domicile.			NR
C-6 - Nous recommandons au CIUSSSCN d'effectuer et de documenter adéquatement le suivi des projets autofinancés afin d'établir les résultats attendus et la subvention à recevoir – réforme comptable du fonds d'immobilisations conformément aux normes comptables et aux principes directeurs du Manuel de gestion financière.	2017-18	C	Le suivi des projets autofinancés a été effectué et documenté afin d'établir les résultats attendus et la subvention à recevoir - réforme comptable du fonds d'immobilisations conformément aux normes comptables et aux principes directeurs du Manuel de gestion financière. Cependant, des anomalies ont été détectées et des efforts seront mis en oeuvre dans le cadre du plan d'action 2019-2020 afin d'optimiser le processus.		PR	
C-7 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place une procédure adéquate afin d'évaluer et de documenter en temps opportun les moins-values, les radiations et les cessions d'actifs.	2017-18	C	Les moins-values, les radiations et les cessions d'actifs ont été documentées pour l'année financière 2018-2019. Un plan d'action est en cours d'exécution afin de mettre en place une procédure performante pour documenter à fréquence prédéterminée les moins-values, les radiations et les cessions d'actifs.		PR	

C-8 - Nous recommandons au CIUSSSCN de prendre les mesures requises pour améliorer son processus de préparation des informations requises à la production du rapport financier annuel.	2017-18	C	Un plan de communication, un calendrier de fin d'année et des feuilles maîtresses ont été produits et exécutés afin d'optimiser le processus de préparation des informations requises à la production du rapport financier annuel. Cependant, des efforts restent à faire afin de fournir les pièces justificatives requises. Le plan d'action entrepris en 2018-2019 visant à améliorer le processus de préparation du rapport financier annuel sera poursuivi en 2019-2020.			NR
C-9 - Nous recommandons au CIUSSSCN de prendre les mesures requises pour s'assurer que les transactions soient comptabilisées dans le bon exercice financier.	2017-18	C	La notion de démarcation a été revue et un processus de validation des factures diverses a été mis en place afin de s'assurer que les transactions soient comptabilisées dans le bon exercice financier. Cependant, quelques anomalies ont été détectées. En conséquence, le plan d'action entrepris en 2018-2019 visant à améliorer la démarcation des transactions sera poursuivi en 2019-2020.		PR	
C-10 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place des procédures de révision des informations saisies au système comptable pour s'assurer que l'information financière présentée au rapport financier annuel respecte les normes comptables et les principes directeurs du Manuel de gestion financière.	2017-18	C	Des cellules de travail ont été mises en place afin de spécialiser le personnel. Des formations ont été données au personnel et un contrôle des factures diverses a été implanté. Le plan d'action initié en 2018-2019 visant à s'assurer d'une présentation de l'information financière conforme aux normes comptables et principes directeurs du Manuel de gestion financière sera poursuivi en 2019-2020.			NR
C-11 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place un processus d'analyse des factures en temps opportun afin de valider si les coûts respectent les critères de capitalisation et de procéder aux reclassements s'il lieu.	2017-18	C	Un processus de validation de chacune des réquisitions d'immobilisations a été mis en place afin de valider si les coûts respectent les critères les critères de capitalisation et de procéder aux reclassements le cas échéant. Des validations sont effectuées lors des analyses financières périodiques du			NR

			fonds d'exploitation afin de repérer les dépenses capitalisables et de les reclasser le cas échéant. Le plan d'action 2019-2020 vise à régler les anomalies détectées et inclu la formation du personnel de la direction de la logistique et le personnel du service des dépenses et comptes payables ainsi que la révision du processus de mise en service afin de s'assurer que cette dernière soit effectuée en temps opportun.			
C-12 - Nous recommandons au CIUSSSCN de prendre les mesures requises pour s'assurer que les critères de constatation et/ou de report des paiements de transfert sont appliqués conformément à la norme SP3410 Paiements de transfert.	2017-18	C	Malgré les efforts importants déployés par l'Établissement afin d'obtenir l'ensemble de la documentation requise pour respecter les critères de constatation et / ou de report des paiements de transfert, des anomalies ont été relevées en lien avec la non-obtention de documents devant être fournis par un tiers.			NR
C-13 - Nous recommandons au CIUSSSCN de revoir la séparation des tâches au niveau du processus de saisie et d'approbation des formulaires de facturation au système SIRTF, particulièrement à la suite des modifications des informations afin de réduire le risque d'anomalie.	2017-18	C	La responsabilité de saisir les modifications liées aux mouvements des usagers et aux présences des usagers facturés par les RNI a été attribuée à des personnes différentes afin d'effectuer une séparation adéquate des tâches.	R		
C-14 - Nous recommandons au CIUSSSCN, afin de réduire les risques de fraudes et d'erreurs, de revoir la séparation des tâches concernant la création des tuteurs (accès en modification aux coordonnées bancaires) et de la réalisation de paiements aux tuteurs, ou de s'assurer de la mise en place de contrôles compensatoires.	2017-18	C	La séparation des tâches a été effectuée concernant la création des tuteurs (accès en modification aux coordonnées bancaires) et la réalisation de paiements aux tuteurs. Des contrôles compensatoires ont aussi été déployés afin de gérer les accès et les niveaux d'approbation dans le système PIJ et SIRTF.			NR
C-15 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place des procédures afin d'analyser, en temps opportun, si les coûts encourus respectent les critères de capitalisation et de s'assurer du classement adéquat dans les catégories d'immobilisations	2017-18	C	Un processus de validation de chacune des réquisitions d'immobilisations a été mis en place afin de valider si les coûts respectent les critères de capitalisation et de procéder aux reclassements le cas		PR	

ou les charges, selon la conclusion.			échéant. Des validations sont effectuées lors des analyses financières périodiques du fonds d'exploitation afin de repérer les dépenses capitalisables et de les reclasser le cas échéant. Un plan d'action est en place afin de former le personnel de la direction de la logistique et le personnel du service des dépenses et comptes payables lors de l'année financière 2019-2020 en plus de leur fournir des outils visant à améliorer la qualité des données financières.			
C-16 - Nous recommandons au CIUSSSCN d'analyser et de documenter la nature des sommes composant le solde interfonds et d'en suivre l'évolution en cours d'année.	2017-18	C	Un outil permettant la documentation et l'analyse du solde interfonds a été mis en place ce qui a permis d'effectuer un suivi rigoureux et de réduire le solde interfonds.	R		
C-17 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place un processus de révision et d'approbation des écritures de journal ainsi que de s'assurer d'une bonne séparation des tâches.	2017-18	C	Un processus de révision et d'approbation des écritures de journal a été implanté ainsi qu'un contrôle interne des autorisations des écritures afin de s'assurer du respect de séparation de tâche.	R		
C-18 - Nous recommandons au CIUSSSCN de revoir le processus de gestion des accès pour les applications (GRF Espresso, Espresso GRF Logibec, Virtuo GRF, GRM Espresso). Celui-ci devrait inclure la gestion des demandes de suppression ou de modification d'accès. De plus, celles-ci doivent être documentées, approuvées, conservées et traitées dans un délai raisonnable.	2017-18	C	Le processus de gestion des accès pour les applications (Espresso GRF et GRM Espresso) a été revu ainsi que le processus de gestion des demandes de suppression ou de modification d'accès. Le plan d'action 2019-2020 visera à s'assurer de documenter adéquatement le retrait et la modification des accès.			NR
C-19 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place un processus formel et documenté de révision périodique des codes d'utilisateurs et des droits d'accès.	2017-18	C	Un processus formel et documenté de révision des codes d'utilisateurs et des profils d'accès a été produit pour l'application GRF. Un plan d'action est en place afin d'établir et de documenter un processus formel de révision périodique des codes d'utilisateurs et des profils			NR

			d'accès pour l'application GRM au cours de l'année financière 2019-2020.			
C-20 - Nous recommandons au CIUSSSCN de s'assurer que tous les accès octroyés à titre de pilote de système sont justifiés et révisés périodiquement.	2017-18	C	Les profils d'accès ont été documentés afin de clarifier les rôles et responsabilités en plus d'implanter un processus de révision périodique des accès.	R		
C-21 - Nous recommandons au CIUSSSCN de formaliser le processus de maintenance en respectant les saines pratiques, incluant : • la documentation de l'ensemble des modifications; • la documentation des tests; • l'approbation de la migration en production par le propriétaire ou le pilote; • l'autorisation, la journalisation et le suivi des modifications aux données ou paramètres.	2017-18	C	Le processus de maintenance a été formalisé en s'assurant de respecter les saines pratiques suivantes pour l'application GRF: • la documentation de l'ensemble des modifications; • la documentation des tests; • l'approbation de la migration en production par le propriétaire ou le pilote; • l'autorisation, la journalisation et le suivi des modifications aux données ou paramètres. Un plan d'action devra être mis en place afin de formaliser le processus de maintenance de l'application GRM.		PR	

10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

		Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1	Nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations[1]	0	Sans objet	Sans objet
2	Nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1)[2]	Sans objet	Sans objet	Sans objet
3	Nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22	Sans objet	Sans objet	Sans objet
4	Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent	Sans objet	Sans objet	Sans objet
	Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	Sans objet	Sans objet	Sans objet
	Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie	Sans objet	Sans objet	Sans objet
	Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui	Sans objet	Sans objet	Sans objet
	Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité	Sans objet	Sans objet	Sans objet
	Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement	Sans objet	Sans objet	Sans objet
	Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment	Sans objet	Sans objet	Sans objet
5	Nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations	Sans objet	Sans objet	Sans objet
6	Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés	Sans objet	Sans objet	Sans objet
7	Parmi les divulgations reçues (point 1), nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé	Sans objet	Sans objet	Sans objet
8	Nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23[3]	0	Sans objet	Sans objet

1. Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.
2. Une divulgation peut comporter plusieurs motifs : par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offres.
3. Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi, est répertorié à ce point.

11. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

11.1 LES SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), le CIUSSS subventionne des organismes communautaires selon deux principaux modes de financement. Le premier mode soutient la mission globale des organismes communautaires œuvrant principalement dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il s'agit du pourcentage le plus important de l'enveloppe budgétaire.

Le second mode de financement, par entente pour activité spécifique, vise l'atteinte d'objectifs sociaux et de santé spécifiques tels ceux visés par les priorités régionales, définis dans le cadre de divers modes de planification de services. Le financement pour activités spécifiques peut aussi bien s'adresser aux organismes communautaires qui œuvrent principalement dans le domaine de la santé et des services sociaux qu'aux organismes associés. Ces ententes peuvent aussi viser des organismes dont le financement de la mission globale relève d'un autre ministère.

Pour ces deux modes de financement, 45 985 152 $ ont été accordés pour l'année 2018-2019 dans la région. Ce montant inclut l'indexation annuelle de 1,6 % accordée par le MSSS. On trouvera dans les tableaux suivants un aperçu des 277 organismes (245 organismes soutenus en mission globale, dont 27 points de service associés à des organismes déjà existants, et 32 organismes en activités spécifiques) qui ont été financés en 2018-2019.

Au cours de cette période, 5 nouvelles ressources ont obtenu une reconnaissance de leur mission globale à titre d'organismes communautaires autonomes au PSOC (4 organismes et un nouveau point de service associé à un organisme déjà existant). Un organisme ainsi qu'un point de service ont également fermé en cours d'année.

En cours d'année, un montant de 1 354 400 $, accordé par le MSSS afin de rehausser le financement du PSOC, a permis à 119 organismes de la région de bénéficier d'une majoration de leur financement en mission globale, ce qui représente un peu plus de 54 % des organismes financés en mission globale. La répartition de cette enveloppe régionale s'est faite dans le respect des balises ministérielles et des orientations régionales du PSOC.

Il existe d'autres modes de financement des organismes communautaires, hors PSOC, permettant d'offrir un soutien dans le cadre d'ententes de service ou de projets ponctuels. Ces modes de financement représentent un total de 4 514 312 $ pour l'année 2018-2019. Certains organismes communautaires reçoivent également du financement de la part des directions cliniques de l'établissement ; ces montants ne sont pas répertoriés dans cette présentation.

Le CIUSSS dispose d'une politique régionale de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires. Le comité de mise en application de la politique (CMAP) est une instance locale composée de deux représentants d'organismes communautaires désignés par le Regroupement des organismes communautaires de la Capitale-Nationale (ROC 03) et de représentants du CIUSSS. Le mandat du CMAP consiste à proposer au conseil d'administration du CIUSSS un avis sur l'acceptation ou le refus des demandes de reconnaissance ou sur le retrait de la reconnaissance d'un organisme, à proposer des solutions dans le cas de situations litigieuses concernant les organismes communautaires, à proposer des critères de priorisation pour la répartition de l'enveloppe budgétaire allouée pour le financement de la mission des organismes communautaires.

Gestion de la reddition de comptes des organismes financés par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)

Les organismes communautaires financés dans le cadre du PSOC doivent déposer leurs documents de reddition de comptes dans les 90 jours suivant la fin de leur année financière. Les documents exigés sont les suivants :

- Un rapport financier ayant le niveau de vérification comptable adéquat. Ce document doit avoir été présenté en assemblée générale annuelle ;
- Un rapport d'activités détaillé également présenté en assemblée générale annuelle ;
- Les documents pertinents liés à la tenue de l'assemblée générale annuelle (avis de convocation, ordre du jour et procès-verbal) de l'année en cours.

Le CIUSSS assure une démarche de suivi rigoureuse en lien avec le dépôt de la reddition de comptes comprenant :

- Un rappel des obligations de dépôt de reddition de comptes ;
- S'il y a lieu, un avis de retard par courriel ;
- Dans la mesure où aucune entente n'a été prise, un avis de suspension des versements.

L'analyse de la reddition de comptes des organismes financés par le PSOC, de même que pour les autres modes de financement, se fait par une collaboration entre l'équipe de soutien aux organismes communautaires et les directions impliquées dans chacun des dossiers concernés.

Pour les organismes subventionnés au volet Activités spécifiques, les modalités de reddition de comptes sont indiquées dans la lettre précisant annuellement le financement accordé.

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)	Subvention 2018-2019 $
Financement accordé en	
Mission globale	**45 985 152**
Activités spécifiques	**7 077 558**
Financement accordé hors PSOC	**4 514 312**

NOMBRE D'ORGANISMES FINANCÉS AU PSOC 2018-2019

Mission globale	**218**
Activités spécifiques	**32**
Points de service	**27**
Total	**277**

11.2 LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Organisme communautaire	2017-2018 $	2018-2019[1] $
Action bénévole de Saint-Basile inc.	5 539	5 628
Adaptavie inc.	111 668	118 455
Aide à la communauté et services à domicile	49 847	50 645
Aidons-Lait	50 000	65 800
Albatros Québec	40 000	40 640
Allaitement Québec	58 933	72 376
Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement (AGIR en santé mentale)	73 660	74 839
Alternative jeunesse Mont-Sainte-Anne	55 176	62 759
Amarrage (L')	396 097	402 435
Amicale Alfa de Québec	63 698	75 717
Ancrage de l'Isle-aux-Coudres (L')	50 000	70 800
Arc-en-ciel Organisme communautaire en santé mentale et points de service de Saint-Casimir, Saint-Raymond	613 772	663 592
Arche L'Étoile inc. (L')	452 371	459 609
Archipel d'entraide (L')	308 777	313 717
Association Alti	108 316	110 049
Association bénévole Côte de Beaupré	159 067	161 612
Association Bénévole de l'Île-d'Orléans (L')	78 138	84 388
Association canadienne pour la santé mentale (région de Québec) inc.	145 284	147 609
Association de fibromyalgie – région de Québec	50 429	58 736
Association des grands brûlés (L') F.L.A.M.	174 574	202 767
Association des handicapés respiratoires de Québec (1984) inc.	37 000	37 592
Association des personnes avec une déficience de l'audition	79 136	90 278
Association des personnes handicapées de Charlesbourg	111 587	113 372
Association des personnes handicapées de Charlevoix inc.	72 771	81 436
Association des personnes handicapées de Portneuf	64 330	77 859
Association des personnes intéressées à l'aphasie et à l'accident vasculaire cérébral (APIA-AVC)	72 043	82 197
Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec (03)	93 060	99 549
Association des proches aidants de la Capitale-Nationale	80 832	82 126
Association des Sourds de Québec inc.	15 991	16 247

1. Le montant indiqué inclut l'indexation annuelle de 1,6 %.

Organisme communautaire	2017-2018 $	2018-2019[1] $
Association des T.C.C. des deux rives (L') (Québec – Chaudière-Appalaches)	64 330	77 859
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A.) Québec Métro (03-12) inc.	85 209	91 573
Association Panda Capitale-Nationale	107 772	114 496
Association pour l'intégration sociale (L') (région de Québec)	61 330	74 811
Association Y.W.C.A. de Québec	209 203	209 932
Atelier de la mezzanine	160 256	162 820
Autisme Québec	149 338	151 727
AutonHommie (L'), Centre de ressources sur la condition masculine (Québec) inc.	203 188	222 873
Auto-Psy (région de Québec)	174 524	177 316
Autre avenue (L'), organisme de justice alternative – Équijustice	650 569	660 978
Baluchon Alzheimer	8 975	—
Baratte (La) – La Belle Visite	51 968	52 799
Bénévolat Michel Sarrazin	104 728	82 906
Bénévolat Saint-Sacrement inc.	121 828	123 777
Boussole (La), Regroupement des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale	371 702	377 649
Butineuse de Vanier inc. (La)	73 992	84 176
C.E.R.F. Volant de Portneuf inc.	9 463	13 208
Cabanon (Le) Maison des jeunes de Lac-Beauport	80 059	91 340
Café rencontre du Centre-Ville (Québec) inc.	77 911	89 158
CALACS de Charlevoix	240 763	244 615
Carrefour de l'Amitié Charlesbourg	132 421	134 540
Carrefour des proches aidants de Québec	118 878	120 780
Carrefour familial des personnes handicapées	137 393	139 591
Centre Bonne-Entente	140 243	142 487
Centre CASA (1997)	162 093	164 686
Centre Communautaire l'Amitié inc. (Le)	226 512	230 136
Centre communautaire Pro-Santé inc.	159 061	182 337
Centre d'action bénévole Aide 23	159 018	161 562
Centre d'action bénévole de Charlevoix (Anciennement Association bénévole de Charlevoix)	159 047	161 592
Centre d'action bénévole de Québec	135 069	137 230
Centre d'action bénévole du Contrefort	159 071	161 616
Centre de crise de Québec	2 540 776	2 581 428

1. Le montant indiqué inclut l'indexation annuelle de 1,6 %.

Organisme communautaire	2017-2018 $	2018-2019[1] $
Centre de jour Feu Vert inc. et points de service de Beauport, Sainte-Brigitte-de-Laval	298 252	308 024
Centre de jour L'Envol inc.	111 287	118 068
Centre de parrainage civique de Québec inc. (Le)	131 199	133 298
Centre de prévention du suicide C.P.S.	885 170	899 333
Centre de prévention du suicide de Charlevoix et point de service Baie-Saint-Paul	235 141	266 903
Centre de traitement des dépendances Le Rucher	246 142	250 080
Centre d'entraide du trouble affectif bipolaire de Québec	145 186	147 509
Centre d'entraide Émotions	114 212	121 039
Centre des femmes de Charlevoix	195 466	217 275
Centre des femmes de la Basse-Ville (Le)	236 806	240 595
Centre femmes aux 3 A de Québec inc.	195 301	232 220
Centre femmes de Portneuf	—	40 000
Centre international des femmes, Québec	195 392	198 518
Centre Multi-Services 16-30 ans La Source	49 859	50 657
Centre résidentiel et communautaire Jacques-Cartier (Le)	149 109	130 787
Centre ressources pour femmes de Beauport (CRFB)	194 693	197 808
Centre Signes d'Espoir	235 761	239 533
Centre social de la Croix Blanche (région de Québec)	216 814	220 283
Centre-Femmes aux Plurielles	196 346	199 488
Centre-Femmes d'aujourd'hui	195 465	198 592
Centrespoir-Charlesbourg inc. (Le)	88 894	95 316
Centr'Hommes Charlevoix	—	40 000
Cercle Polaire (Le)	146 874	149 224
Chantelait	50 000	65 800
Club bon coeur des cardiaques de Charlevoix inc.	68 920	80 024
Club cardio-santé de Charlevoix inc.	66 585	77 650
Collectif d'accompagnement à l'accouchement (Le) « Les Accompagnantes »	112 657	119 460
Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap CAPVISH (Le)	100 847	102 461
Comité d'aide aux femmes sourdes de Québec	124 271	126 259
Comité de la popote de Clermont	7 000	7 112
Comité de volontariat de quartier Limoilou-Sud inc.	50 000	59 800
Comité Neuville se souvient	16 700	16 967
Comité Vas'y de Saint-Raymond	156 673	159 180

1. Le montant indiqué inclut l'indexation annuelle de 1,6 %.

Organisme communautaire	2017-2018 $	2018-2019[1] $
Communautés Solidaires	50 000	65 800
Contact-Aînés	32 000	37 512
Corporation d'animation L'Ouvre-Boîte du Quartier et point de service Place de la Rive	239 536	243 368
Corporation jeunesse l'Évasion l'Ormière	77 072	88 305
Courtepointe (La)	58 229	59 161
Croissance-Travail	963 568	978 985
Cuisine collective Beauport	52 025	66 857
Demi-Lune	130 865	132 959
Diabétiques de Québec (Les)	40 000	40 640
Dysphasie Québec	109 168	115 915
Entr'actes, Productions artistiques	109 168	121 715
Entraide Agapè	81 440	87 743
Entraide communautaire Le Halo (L')	159 024	161 568
Entraide des aînés de Sillery	83 000	84 328
Entraide du Faubourg inc.	214 797	218 234
Entraide jeunesse Québec	122 129	124 083
Entraide Les Saules inc. (L')	69 220	70 328
Entraide Naturo-Lait	72 000	82 152
Entraide Sainte-Foy	116 326	118 187
Épilepsie Section de Québec	50 000	65 800
Équipe bénévole de l'Institut (L')	30 790	31 283
ESPACE région de Québec	197 086	200 239
Évasion Saint-Pie X (L')	212 846	244 252
Éveil Charlevoisien (L') et point de service de Baie-Saint-Paul	387 918	394 124
Fondation de la greffe de moelle osseuse de l'Est du Québec	31 157	31 656
Fondation fête d'enfant dédé inc.	21 120	7 920
Forum Jeunesse Charlevoix Ouest et points de service Le Repère de la petite rivière Saint-François, Saint-Hilarion	207 326	220 643
Fraternité Sainte-Marie de Ville de Vanier inc. (La)	157 389	174 411
G.A.P.I. Groupe d'aide aux personnes impulsives (ayant des comportements violents)	347 932	353 499
Gîte Jeunesse inc. et point de service de Sainte-Foy	492 932	500 818
Grand chemin inc. (Le)	436 513	443 497
Grands frères et Grandes sœurs de Québec inc. (Les)	63 457	76 972
GRIS-Québec	77 427	103 666

1. Le montant indiqué inclut l'indexation annuelle de 1,6 %.

Organisme communautaire	2017-2018 $	2018-2019[1] $
Groupe action jeunesse de Charlevoix et points de service de La Malbaie, Saint-Siméon, Saint-Aimé-des-Lacs	237 795	256 600
Laura Lémerveil	50 000	78 800
Libre Espace Côte-de-Beaupré inc.	111 287	118 068
Magnifique inc. (Le)	50 000	60 800
Mains de l'Espoir de Charlevoix inc. et point de service de Baie-Saint-Paul	126 058	133 075
Maison communautaire Missinak Ressource d'hébergement et de ressourcement pour femmes autochtones et leurs familles	559 864	568 822
Maison d'aide Villa Saint-Léonard	165 216	167 859
Maison de Job	211 905	215 295
Maison de la famille DAC (Droit d'accès Charlesbourg)	21 438	40 945
Maison de la famille D.V.S. (La)	323 455	400 202
Maison de la famille de Charlevoix	26 082	31 699
Maison de Lauberivière, aide aux adultes en difficulté	304 536	299 633
Maison d'entraide l'Arc-en-ciel inc.	170 826	173 559
Maison des femmes de Québec (La)	746 210	758 149
Maison des jeunes « La Marginale » inc. (La) et point de service L'Entre-Ados	155 866	168 360
Maison des jeunes de Beauport Est et point de service L'Aventurier de Montmorency	169 235	176 943
Maison des jeunes de Beauport Ouest et point de service L'Alibi de Cambert	165 554	173 203
Maison des jeunes de Boischatel (La)	102 130	113 764
Maison des jeunes de Cap-Rouge inc. (La)	135 587	137 756
Maison des jeunes de Duberger	77 164	88 399
Maison des jeunes de L'Ancienne-Lorette	109 303	116 052
Maison des jeunes de l'Île d'Orléans et point de service de Saint-Pierre	115 392	132 239
Maison des jeunes de Neuville	55 176	67 759
Maison des jeunes de Notre-Dame-des-Monts (La)	55 176	67 759
Maison des jeunes de Pont-Rouge 125 inc. (La)	77 686	88 929
Maison des jeunes de Saint-André de Neufchâtel (La)	77 161	88 396
Maison des jeunes de Saint-Augustin-de-Desmaures inc. (La) et point de service L'Illusion	126 767	143 795
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-de-Laval	52 131	66 465
Maison des jeunes de Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	77 164	88 399
Maison des jeunes de Saint-Émile	55 176	62 759
Maison des jeunes de Saint-Ferréol-les-Neiges et point de service La Zone	107 157	123 872
Maison des jeunes de Saint-Raymond inc. (La)	40 504	41 152

1. Le montant indiqué inclut l'indexation annuelle de 1,6 %.

Organisme communautaire	2017-2018 $	2018-2019[1] $
Maison des jeunes de Sillery inc. (La) – L'Élément inc.	89 046	100 471
Maison des jeunes de Wendake inc. (La)	71 987	73 139
Maison des jeunes du Lac-Saint-Charles inc.	108 900	115 642
Maison des jeunes du quartier Saint-Jean-Baptiste (La)	158 274	160 806
Maison des jeunes La Baraque des Éboulements	—	40 000
Maison des jeunes La Parenthèse (La)	133 638	135 776
Maison des jeunes l'Atôme	55 469	68 057
Maison des jeunes L'Envol de Sainte-Foy inc.	132 454	134 573
Maison des jeunes l'Escapade de Val-Bélair	149 828	152 225
Maison des jeunes l'Exode de Limoilou (La)	125 442	132 449
Maison des jeunes l'Intégrale inc. (La) et points de services Thuyas, Sud	203 272	216 524
Maison du cœur pour femmes	680 841	691 734
Maison Hélène-Lacroix	714 233	725 661
Maison La Montée (La) et point de service de Baie-Saint-Paul	729 252	750 920
Maison l'Éclaircie	308 361	313 295
Maison Marie-Frédéric	398 360	404 734
Maison Marie-Rollet	768 220	780 512
Maison pour femmes immigrantes	768 925	781 228
Maison Richelieu Hébergement Jeunesse inc.	403 137	409 587
Mamie-Lait	50 000	60 800
Marée (La) Regroupement des parents & amis de la personne atteinte de maladie mentale et point de service de Baie-Saint-Paul	262 903	267 110
Mères et monde Centre communautaire et résidentiel par et pour jeunes mères	65 715	68 736
Mieux-Être des Immigrants (Le)	51 243	80 063
Mirépi, Maison d'hébergement inc.	750 303	762 308
Moisson Québec inc.	79 537	85 811
Mouvement des services à la communauté du Cap-Rouge inc.	87 587	93 988
Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-sida à Québec (MIELS-Québec)	618 123	628 013
Odyssée Bleue inc. (L')	50 000	60 800
Œuvres de la Maison Dauphine inc. (Les)	225 270	228 874
Organisation communautaire d'écoute et d'aide naturelle (OCÉAN)	164 742	159 177
Organisation pour la santé mentale œuvrant à la sensibilisation et à l'entraide (O.S.M.O.S.E.)	111 580	118 365
Organisation québécoise des personnes atteintes du cancer (1984) inc.	93 519	110 015

1. Le montant indiqué inclut l'indexation annuelle de 1,6 %.

Organisme communautaire	2017-2018 $	2018-2019[1] $
Parents-Espoir	50 000	65 800
Parkinson région Québec Chaudière-Appalaches	54 345	55 215
Passage (Le), Centre de thérapie familiale en toxicomanie	69 130	80 236
Pavois (Le) Programme d'activités valorisantes offrant interaction et soutien	894 109	908 415
Pavois de Loretteville (Le)	114 925	116 764
Pavois de Sainte-Foy (Le)	157 131	159 645
Perséides, soutien au deuil périnatal (Les)	—	40 000
Petit Répit (Le)	37 471	38 071
Pilier Jeunesse – Maison des jeunes de Les Saules et de Lebourgneuf inc. (La) et point de service Le Rado de Lebourgneuf	175 451	183 258
Piolet (Le)	40 000	55 640
Point de Repères (1990) inc.	474 907	482 506
Popote de Charlesbourg (La)	78 190	78 740
Popote et Multi-Services	146 711	149 058
Popote Roulante Laval inc.	27 385	27 823
Présence-Famille Saint-Augustin	68 133	79 223
Programme d'encadrement clinique et d'hébergement P.E.C.H.	1 190 864	1 193 144
Projet L.U.N.E.	40 000	68 640
Projet-Intervention-Prostitution Québec inc.	206 142	209 440
Regroupement action prévention jeunesse des Laurentides	108 572	115 309
Regroupement des Aînés de Saint-Émile	9 140	9 286
Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix)	18 897	19 199
Regroupement des organismes communautaires de la région 03	242 214	246 089
Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03 (ROP 03)	17 088	17 361
Regroupement des personnes handicapées visuelles (régions 03-12)	141 048	143 305
Regroupement des stomisés Québec-Lévis inc.	13 696	13 915
Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec inc.	56 757	57 665
Regroupement pour l'intégration sociale de Charlevoix	75 445	85 652
Relais d'Espérance	86 090	97 467
Relais la Chaumine inc.	287 886	292 492
Relevailles Québec	143 502	145 798
Résidence Le Portail	265 539	269 788
Ressource Génésis Charlevoix inc.	72 383	78 541

1. Le montant indiqué inclut l'indexation annuelle de 1,6 %.

Organisme communautaire	2017-2018 $	2018-2019[1] $
Ressources familiales La Vieille caserne de Montmorency	52 855	66 201
Ruche Vanier inc. (La)	72 628	82 790
S.O.S. Grossesse	73 221	83 394
SAIRAH Service d'autonomisation, d'intégration et de réadaptation aux adultes ayant un handicap inc.	61 330	67 311
Service Amical Basse-Ville inc.	214 770	218 206
Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (S.A.A.I.)	73 613	121 726
Service d'entraide Basse-Ville inc.	155 833	158 326
Service d'entraide communautaire Rayon de Soleil	114 425	116 256
Service d'Entraide l'Espoir (Québec)	111 215	117 994
Service d'entraide Rocamadour	136 529	138 713
Service familial d'accompagnement supervisé	58 056	63 086
Service pour hommes impulsifs et colériques de Charlevoix et point de service de Baie-Saint-Paul	208 038	221 367
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	115 811	124 945
Sexplique	109 654	116 408
Société Alzheimer de Québec (La) et point de service de Charlevoix	143 503	150 799
Société de Saint-Vincent de Paul de Québec (La)	41 529	42 193
Société Grand Village inc. (La)	9 928	10 087
Solidarité Familles	62 859	63 865
SQUAT Basse-Ville	229 998	274 378
Tel-Aide Québec inc.	135 685	137 856
Trame d'actions et d'initiatives concertées (T.R.A.I.C.) jeunesse	152 627	170 069
TRIP Jeunesse Beauport	88 244	104 656
Unité Domrémy de Clermont inc.	55 176	67 759
Verger (Le), centre communautaire en santé mentale	122 466	117 931
Violence Info	195 290	226 415
Viol-Secours	383 261	389 393
Vision d'Espoir de Sobriété	103 437	132 322
TOTAL	**43 664 369**	**45 985 152**

1. Le montant indiqué inclut l'indexation annuelle de 1,6 %.

ANNEXES

ANNEXE 1 – NOTRE VRAI NORD ET LES OBJECTIFS PRIORITAIRES 2018-2020

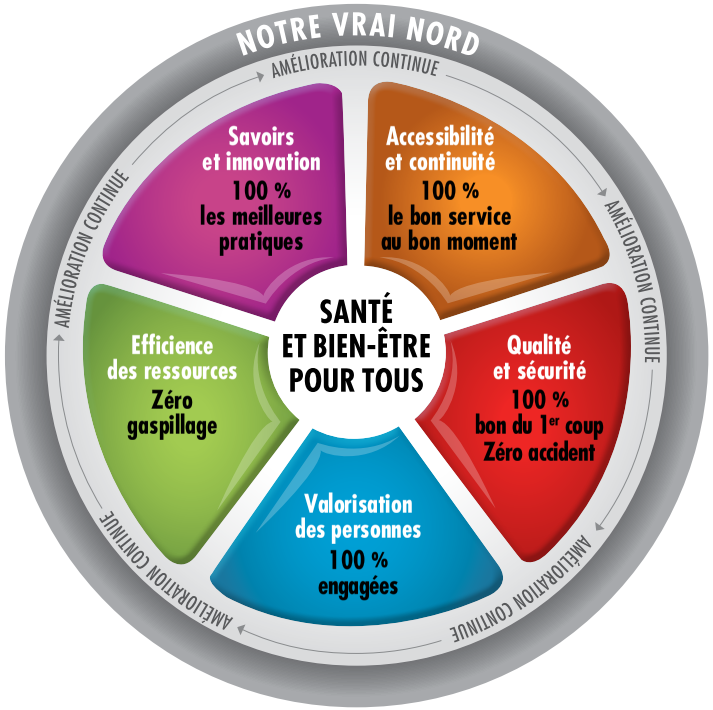
Notre Vrai Nord et les objectifs prioritaires 2018-2020

Savoirs et innovation
État visé : 100 % les meilleures pratiques

Le développement et le partage des connaissances scientifiques ou expérientielles pour des soins et des services exemplaires et avant-gardistes

Les objectifs prioritaires 2018-2020

- Augmenter l'offre de stages pour contribuer à l'enseignement et développer la relève
- Accroître la participation de toutes les directions aux activités de développement et de transfert de connaissances
- Stimuler la recherche et l'innovation et mettre à profit les idées créatives



Accessibilité et continuité
État visé : 100 % le bon service au bon moment

Des soins et des services intégrés, adaptés aux besoins, accessibles à l'endroit et au moment opportun

Les objectifs prioritaires 2018-2020

- Agir avec les partenaires sur les déterminants de la santé en fonction du portrait de santé populationnel de chaque réseau local de services (RLS)
- Répondre aux besoins des usagers par une offre de soins et de services intégrés dès le premier contact
- Offrir les soins et les services à l'intérieur des délais requis par la condition de l'usager

Efficience des ressources
État visé : Zéro gaspillage

L'utilisation judicieuse des ressources pour maximiser les soins et les services

Les objectifs prioritaires 2018-2020

- Offrir des emplois et des conditions de travail qui permettent le recrutement et la fidélisation des employés
- S'assurer d'une contribution pertinente et efficiente des pratiques professionnelles dans l'offre de service clinique
- Assurer la pertinence et l'efficience des ressources matérielles et informationnelles

Qualité et sécurité
État visé : 100 % bon du 1er coup, zéro accident

Une expérience usager bénéfique, des soins et des services de qualité sans risque pour les usagers et les personnes au travail

Les objectifs prioritaires 2018-2020

- Agir dans chaque équipe pour éliminer les risques qui compromettent la sécurité de l'usager
- Agir dans chaque équipe pour éliminer les risques qui compromettent la santé et la sécurité du personnel
- Atteindre le niveau de robustesse et d'intégrité requis de notre environnement numérique pour en assurer la sécurité

Valorisation des personnes
État visé : 100 % engagées

Un milieu sain et stimulant qui favorise la santé, la participation et le développement des personnes pour contribuer à la réalisation de la mission

Les objectifs prioritaires 2018-2020

- Impliquer les personnes dans l'amélioration continue des processus et la résolution de problèmes
- Communiquer efficacement pour que chaque personne s'implique, se développe et réalise son travail
- Reconnaître les contributions des personnes et en assurer le rayonnement

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

ANNEXE 2 – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec	**POLITIQUE**
	Code : **R-02**
	Direction responsable : Direction des affaires juridiques et institutionnelles Approuvée par : N/A
	Approuvée *(ou adoptée)* au comité de direction le : N/A
	Adopté par le conseil d'administration le : 8 mars 2016 Résolution no : **CA-CIUSSS-2016-03[90]-08**
	Entrée en vigueur le : 8 mars 2016
TITRE : **Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration**	

CONSULTATIONS	□ Cadres :
□ Conseil des infirmières et infirmiers :	□ Autres :
□ Conseil multidisciplinaire :	Comité de gouvernance et d'éthique
□ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens :	

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 3

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES 3

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE 6

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS 9

Section 4 — APPLICATION 10

Annexe I – Engagement et affirmation du membre 16

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance 17

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre 18

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général 19

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts 20

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts 21

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen 22

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.

- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).

- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).

- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).

- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres proposé par le Ministère et approuvé par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Faute grave **:** Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

*Intérê*t : Désigne tout intérêt notamment de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

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

Membre : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante **:** Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Un individu qui fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[1].

Renseignements confidentiels **:** Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent Code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique lorsque ce dernier le juge nécessaire et au moins tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

[1] BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.*
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la

vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci à le faire.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de

l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;

b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;

c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;

d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;

e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration annuellement les intérêts pécuniaires qu'il détient dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V et ce, dès qu'il prend connaissance de l'existence de cet intérêt.

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent è l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre du conseil qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou , sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur est soigné ou reçoit des services de l'établissement pour lequel il siège au conseil d'administration.

Section 4 – APPLICATION

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les trente (30) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les trente (30) jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;

b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

18. Comité d'examen *ad hoc*

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes, dont au moins un membre du comité de gouvernance et d'éthique. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut également être composé de ressources autres ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2 Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3 Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :
a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
c) faire des recommandations au comité de gouvernance et d'éthique sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5 Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

19.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) un état des faits reprochés;
b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;

c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, 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. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

19.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Je, soussigné(e), _____*[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé(e) par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	Date *[aaaa-mm-jj]*	Lieu
_____	_____	
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné(e), _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale due aux faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____

Signature Date *[aaaa-mm-jj]* Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :*

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:*

_____
_____
_____

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié(e) par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale à m'y conformer.

_____ _____ _____
Signature Date *[aaaa-mm-jj]* Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :*

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:*

_____
_____
_____

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	Date *[aaaa-mm-jj]*	Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné(e), _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____
Signature Date *[aaaa-mm-jj]* Lieu

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts

Je soussigné(e), _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Je demande que le conseil d'administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

_____	_____	_____
Signature	Date *[aaaa-mm-jj]*	Lieu

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné(e), _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

_____	_____	_____
Signature	Date *[aaaa-mm-jj]*	Lieu

L'USAGER AU CŒUR DE NOS ACTIONS ET DE NOS DÉCISIONS

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Québec