



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

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2017-2018



Les genres masculin et féminin sont utilisés sans discrimination et dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal : 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-82674-3

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

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2017-2018



TABLE DES MATIÈRES

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS.....	11
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	12
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	13
3.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES	17
3.1.1 Conseil d'administration	17
3.1.2 Comité de gouvernance et d'éthique	17
3.1.3 Comité de vérification	18
3.1.4 Comité de vigilance et de la qualité.....	20
3.1.5 Comité des ressources humaines	22
3.1.6 Comité des affaires universitaires et de l'innovation.....	22
3.1.7 Comité consultatif du Jeffery Hale – Saint Brigid's	24
3.1.8 Comité d'éthique clinique et de l'enseignement	25
3.1.9 Comités d'éthique de la recherche sectoriels.....	26
3.1.10 Comité de la gestion des risques	27
3.1.11 Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services	30
3.1.12 Comité de révision.....	30
3.1.13 Comité des usagers.....	32
3.1.14 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	32
3.1.15 Comité d'examen des titres	37
3.1.16 Comité de pharmacologie	37
3.1.17 Comité régional des services pharmaceutiques.....	39
3.1.18 Comité de direction du Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale.....	41
3.1.19 Conseil des infirmières et des infirmiers	42
3.1.20 Conseil multidisciplinaire.....	45
3.1.21 Conseil des sages-femmes.....	47
3.2 LES FAITS SAILLANTS	48
3.2.1 Direction de santé publique	48
3.2.1.1 Information et consultation de la population	48
3.2.1.2 Surveillance.....	48
3.2.1.3 Santé environnementale	48
3.2.1.4 Santé au travail	49
3.2.1.5 Prévention et protection contre les maladies infectieuses	49
3.2.1.6 Surveillance et contrôle (protection)	49
3.2.1.7 Maladies évitables par la vaccination	49
3.2.1.8 Infections transmissibles sexuellement et par le sang	49
3.2.1.9 Promotion de la santé et prévention	50
3.2.2 Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées.....	51

3.2.2.1 Mission soutien à domicile	51
3.2.2.2 Mission hébergement	51
3.2.2.3 Mission services spécialisés	51
3.2.3 Direction des programmes Déficience intellectuelle et Trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique	52
3.2.3.1 Services spécifiques.....	52
3.2.3.2 Services spécialisés et surspécialisés	52
3.2.4 Direction de la protection de la jeunesse	53
3.2.4.1 Baisse des signalements traités.....	53
3.2.4.2 Projet SIAM (services intégrés en abus et en maltraitance)	53
3.2.4.3 Adoption, recherche d'antécédents et retrouvailles	53
3.2.4.4 Groupe Projets et soutien	54
3.2.4.5 Implantation du protocole d'évaluation familiale et de la carte conceptuelle sur le fonctionnement familial en réadaptation.....	54
3.2.5 Direction des programmes Santé mentale et Dépendances.....	54
3.2.6 Direction du programme Jeunesse	55
3.2.6.1 Axe première ligne : Premiers services psychosociaux dispensés dans les délais prescrits.....	55
3.2.6.2 Révision du mécanisme de référence de l'urgence.....	55
3.2.6.3 Implication des usagers partenaires au sein de la Direction	55
3.2.6.4 Nouveau modèle de services pour les enfants (0-5 ans) présentant un retard de développement.....	56
3.2.6.5 Projet HoPE – Amélioration de l'accès aux services pour les familles dont un parent vit avec un trouble mental	56
3.2.7 Direction des soins infirmiers.....	56
3.2.7.1 Soutien professionnel et développement des pratiques	56
3.2.7.2 Services de santé généraux.....	58
3.2.7.3 Coordination d'activités	58
3.2.8 Direction des services professionnels.....	58
3.2.8.1 Services préhospitaliers d'urgence.....	58
3.2.8.2 Services spécialisés et services diagnostiques.....	59
3.2.8.3 Urgences	59
3.2.8.4 Gouverne médicale.....	59
3.2.9 Direction des services multidisciplinaires	60
3.2.9.1 Priorités pour la prochaine année	61
3.2.10 Direction de l'enseignement et des affaires universitaires	61
3.2.10.1 GMF-U.....	62
3.2.10.2 Enseignement et affaires universitaires.....	62
3.2.11 Direction de la recherche	62
3.2.11.1 Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS).....	63
3.2.11.2 Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL).....	63
3.2.11.3 Centre de recherche CERVO.....	64
3.2.11.4 Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF).....	65
3.2.12 Direction de la qualité de l'évaluation, de la performance et de l'éthique	65
3.2.12.1 Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique.....	65
3.2.12.2 Coordination du suivi de la qualité et de la gestion des ressources intermédiaires, ressources de type familial, résidences privées pour aînés, résidences d'hébergement en dépendance.....	66
3.2.12.3 Direction adjointe de la qualité et de l'évaluation	66
3.2.12.4 Équipe de coordination de sécurité civile et des mesures d'urgence.....	66

3.2.12.5 Soutien à l'amélioration continue de la qualité des groupes de médecine de famille universitaire du Québec	66
3.2.12.6 Unité de gestion et de suivi de l'information	66
3.2.12.7 Équipe de l'amélioration continue de la performance	67
3.2.13 Direction des services techniques	67
3.2.13.1 Harmonisation et standardisation des processus	67
3.2.13.2 Optimisation des espaces	67
3.2.13.3 Projets immobiliers	67
3.2.14 Direction des ressources informationnelles.....	68
3.2.14.1 Optimisation des opérations	68
3.2.14.2 Principales réalisations	68
3.2.14.3 Sécurité de l'information et maintien des actifs.....	68
3.2.15 Direction de la logistique	69
3.2.15.1 Harmonisation du processus d'attribution des aides techniques au PARC	69
3.2.15.2 Harmonisation de l'offre alimentaire	69
3.2.15.3 Salon des postes.....	69
3.2.15.4 Soutien du MSSS dans le déploiement de l'offre alimentaire	69
3.2.15.5 Buanderie IUSMQ.....	69
3.2.15.6 Révision des unités de retraitement des dispositifs médicaux	69
3.2.15.7 Déploiement du système de gestion intégrée d'amélioration continue de la performance.....	70
3.2.15.8 Consolidation des systèmes informatiques.....	70
3.2.15.9 Santé Charlevoix - Bâtir ensemble	70
3.2.16 Direction des affaires juridiques et institutionnelles	70
3.2.17 Direction des ressources humaines et des communications.....	70
3.2.17.1 Direction adjointe du développement organisationnel et du soutien à la transformation.....	70
3.2.17.2 Direction adjointe des communications	71
3.2.17.3 Direction adjointe des relations de travail, des conditions de travail des cadres et de la gestion intégrée de la présence au travail.....	71
3.2.17.4 Santé organisationnelle.....	72
3.2.17.5 Recrutement	72
3.2.18 Direction des ressources financières.....	72
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	74
4.1 LES ATTENTES SPÉCIFIQUES (CHAPITRE III).....	74
4.1.1 Santé publique.....	74
4.1.2 Services sociaux.....	74
4.1.3 Services de santé et médecine universitaire	75
4.1.4 Financement, infrastructures et budget.....	76
4.1.5 Coordination réseau et ministérielle.....	77
4.2 LES INDICATEURS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020	78
4.2.1 Prévention des infections.....	78
4.2.2 Première ligne et urgence.....	78
4.2.3 Services spécialisés – chirurgie	80
4.2.4 Services spécialisés – imagerie médicale	81

4.2.5 Services spécialisés	82
4.2.6 Sécurité et pertinence.....	82
4.2.7 Personnes âgées.....	84
4.2.8 Personnes vulnérables.....	85
4.2.9 Mobilisation du personnel.....	88
4.3 LES INDICATEURS DE L'ENTENTE DE GESTION 2.....	90
4.3.1 Santé publique	90
4.3.2 Santé publique – prévention et contrôle des infections nosocomiales	91
4.3.3 Services généraux – activités cliniques et d'aide	91
4.3.4 Services généraux – soutien à l'autonomie des personnes âgées	92
4.3.5 Soutien à domicile	92
4.3.6 Déficiences.....	93
4.3.7 Dépendances	95
4.3.8 Santé physique – oncologie	95
4.3.9 Ressources matérielles.....	95
4.3.10 Ressources technologiques	95
5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....	96
5.1 L'AGRÉMENT	96
5.2 LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	96
5.3 LES RECOMMANDATIONS DU CORONER.....	97
5.4 LE PROTECTEUR DU CITOYEN.....	97
5.5 LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT	97
5.6 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS	99
5.6.1 Dossiers traités	99
5.6.2 Dossiers conclus.....	100
5.6.3 Motifs de plaintes et d'interventions.....	100
5.6.4 Portrait des dossiers de plaintes médicales reçus.....	101
5.7 L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION.....	105
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE.....	106
7. LES RESSOURCES HUMAINES.....	107
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....	110
8.1 L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMMES	110
8.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE.....	111
8.3 LES CONTRATS DE SERVICE.....	111

9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉES PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	112
10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	116
10.1 LES SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	117
10.2 LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	118

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS de la Capitale-Nationale) vient de compléter sa troisième année d'activités. Celle-ci fut notamment marquée par la visite d'Agrément Canada qui a maintenu le statut d'établissement agréé. Cette évaluation arrivait à point puisqu'elle nous permettait, comme organisation nouvellement créée, de mesurer le chemin parcouru depuis la fusion, notamment au chapitre de la gouvernance. Il en allait de même pour les programmes santé publique, santé mentale et dépendances, ainsi qu'en déficience intellectuelle, physique et du trouble du spectre de l'autisme. Toutes les directions ont été impliquées dans ce processus d'évaluation. L'engagement des gestionnaires et des employés et le plan d'action que s'était donné le CIUSSS de la Capitale-Nationale dans le contexte de la transformation ont particulièrement attiré l'attention de l'équipe d'évaluateurs.

Nous avons poursuivi notre travail cette année afin que la population que nous servons puisse obtenir les soins et services de santé auxquels elle est en droit de s'attendre et au moment opportun. En ce sens, les indicateurs d'accès aux services se sont améliorés dans une très grande majorité. Il faut également souligner le travail accompli pour réorganiser les soins et services par une

plus grande utilisation des compétences professionnelles dans un contexte d'interdisciplinarité.

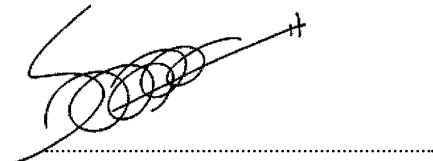
Nous avons, comme organisation, encore bien des défis devant nous. À titre d'exemple, le manque de personnel et de médecins en établissement a affecté notre offre de service tout au long de l'année, et ce, dans plusieurs secteurs. Malgré tous les efforts qui ont été consentis et les stratégies mises en place, il persiste un écart important par rapport à nos besoins.

Il est important de souligner la contribution de tous ceux et celles qui gravitent autour du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Bénévoles, usagers, partenaires, professionnels de la santé, gestionnaires, employés, administrateurs, vous avez tous un rôle de première importance à jouer. Nous vous assurons de notre soutien pour mener à bien les objectifs et les orientations de notre grande organisation.

Nous vous invitons à consulter le Rapport annuel de gestion 2017-2018 qui vous permettra de mesurer par vous-mêmes l'étendue de nos activités qui se traduisent par une valeur ajoutée pour nos usagers dans tous nos programmes et directions confondus.

Original signé par

Le président du conseil d'administration,



Simon Lemay

Le président-directeur général,



Michel Delamarre

2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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 de gestion de l'exercice 2017-2018 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 2018.

Original signé par

Le président-directeur général,



.....
Michel Delamarre

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'utilisateur 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 748 061 citoyens résidant sur un territoire de 18 643 km² :

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

17 % de la population est âgée de 0 à 17 ans, 62 % de 18 à 64 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 membre 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'utilisateur 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

- L'établissement compte le plus grand nombre d'employés (17 007) en santé et en services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Il constitue un réseau d'excellence en santé et en services sociaux, en recherche et en enseignement tout en assurant la promotion et la protection de la santé publique.
- Il regroupe quatre centres de recherche et quatre instituts universitaires.
- Il collabore avec 12 fondations.
- Il est responsable de plus de 200 installations.
- Il offre des soins et des services à la communauté anglophone et à la population immigrante de son territoire.
- Il gère un budget annuel de fonctionnement de 1,3 G\$.

Ses ressources humaines

Des personnes engagées et compétentes

- 17 007 employés, dont 550 gestionnaires répartis dans 21 directions
- 3934 stagiaires
- 778 médecins
- 371 chercheurs
- 89 pharmaciens
- 18 sages-femmes
- 10 dentistes
- 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 de la Capitale-Nationale à www.ciusscnc.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'utilisateur et celui de ses proches ;
- une offre de service de qualité et sécuritaire ;
- une gestion dynamique de la performance.

Services offerts et personnel présent dans différents types de ressources comme :

- 9 ateliers de travail ;
- 62 centres d'activité de jour ;
- 3 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 ;
- 30 groupes de médecine de famille (GMF) dont 5 GMF-U ;
- 4 instituts universitaires et 4 centres de recherche ;
- 1 maison de naissance ;
- 29 plateaux de travail ;
- 21 résidences à assistance continue (pour les usagers présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme) ;
- 160 résidences privées pour aînés (RPA) ;
- 10 ressources d'hébergement en dépendance et jeu pathologique (RHD) ;
- 762 ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF) ;
- 7 salles d'urgence en santé physique et 3 salles d'urgence en psychiatrie.

Exploitation des lits

Longue durée

- 2822 lits en centre d'hébergement de soins de longue durée dont :
 - 105 lits en soins psychiatriques de longue durée ;
 - 571 lits en RI au soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Courte durée

- 30 lits en pédopsychiatrie
- 350 lits en psychiatrie
- 351 lits en santé physique

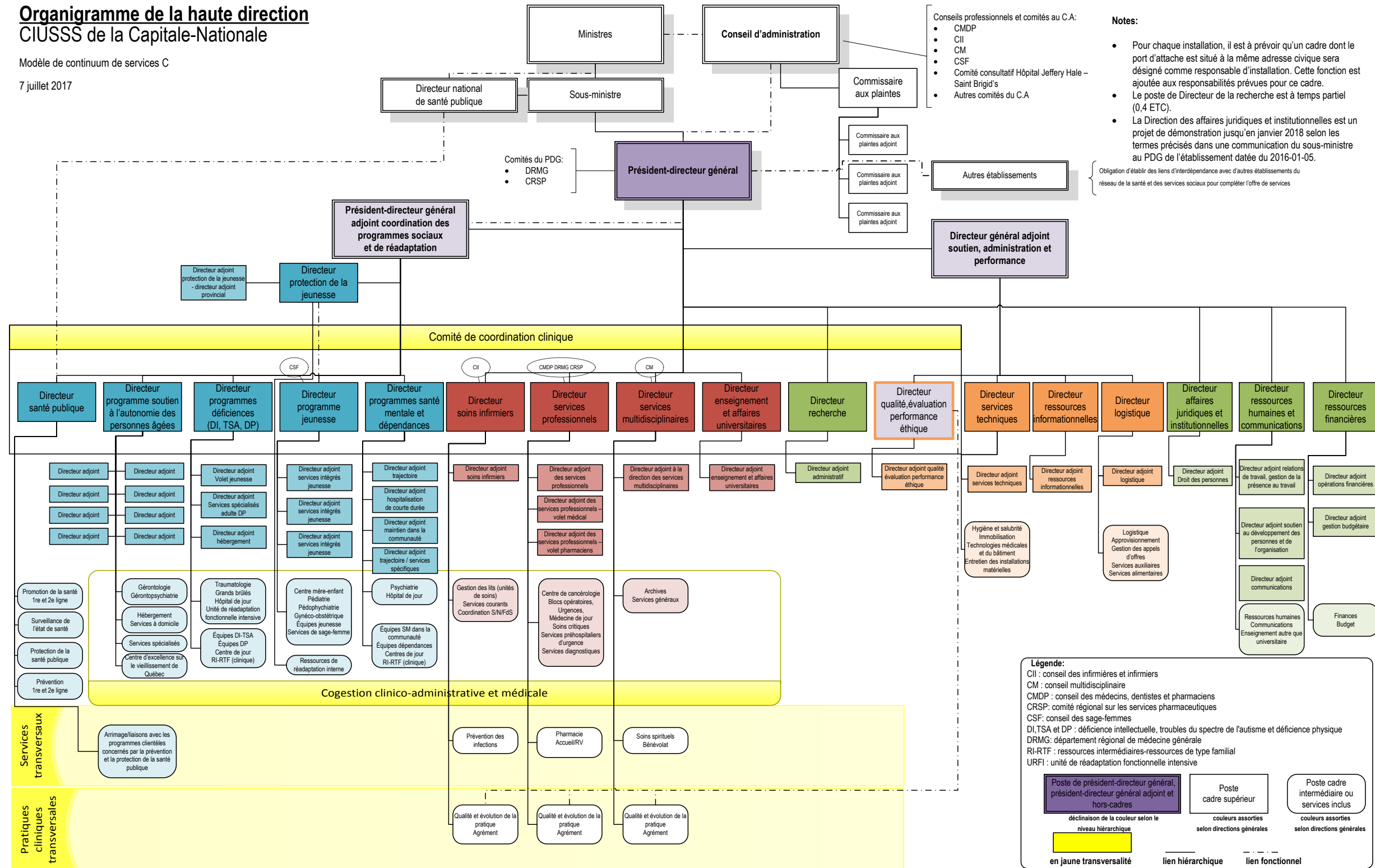
Les données statistiques présentées dans le document sont indiquées sous réserve de modifications.

ORGANIGRAMME À JOUR

Organigramme de la haute direction CIUSSS de la Capitale-Nationale

Modèle de continuum de services C

7 juillet 2017



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

3.1.1 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a mis en place le conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale le 1^{er} octobre 2015. Dès lors, des rencontres de travail se sont déroulées et plusieurs formations ont été organisées de manière à ce que les membres du conseil puissent s'approprier leur rôle de même que les responsabilités et les mandats dans le cadre de la création du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Composition

Membres désignés

M. Mario Alain,
représentant des fondations

Mme Sylvie Charbonneau,
comité régional sur les services pharmaceutiques

Dre Suzie Lévesque,
conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Mme Marie-Christine Perron,
conseil des infirmières et infirmiers

M. Jean-Guy Rochefort,
conseil multidisciplinaire

Mme Véronique Vézina,
comité des usagers

Membres nommés

M. Régnald Bergeron,
universités affiliées

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mme Lucie Germain,
universités affiliées

Membres indépendants

M. Jean Brown,
compétence en ressources immobilières,
informationnelles ou humaines

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

M. Didier Culat,
compétence en vérification, en performance et en
gestion de la qualité

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

M. Gilles Hamel,
département régional de médecine générale

M. Normand Julien,
expertise en réadaptation

M^e Simon Lemay, président,
expertise en protection de la jeunesse

Mme Line Plamondon,
expertise dans les organismes communautaires

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

Mme Catherine Truchon,
expertise en réadaptation

Il y a un poste vacant.

Les membres du conseil d'administration ont tenu sept séances ordinaires et sept séances spéciales au cours de l'année.

3.1.2 COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Le comité de gouvernance et d'éthique est composé d'un minimum de cinq membres, dont une majorité de membres indépendants du conseil d'administration.

Composition

Membres

Mme Sylvie Charbonneau,
administratrice du conseil d'administration

M. Michel Delamarre, secrétaire,
président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^e Simon Lemay, président,
président du conseil d'administration

Mme Line Plamondon,
administratrice du conseil d'administration
(Poste devenu vacant en cours de mandat)

Membres invitées

M^e Annie Caron,
directrice des affaires juridiques et institutionnelles

Mme Martine Desrochers, secrétaire,
conseillère cadre au conseil d'administration

Mandat

Le comité de gouvernance et d'éthique est responsable :

- des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement ;
- de l'application du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ;
- des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration
- d'un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration ;
- de l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration.

Réunions

Au cours de la dernière année, le comité de gouvernance et d'éthique a tenu deux réunions, avec un taux moyen de participation de 100 %. Il a par ailleurs participé à des rencontres de travail, notamment pour définir les enjeux et les priorités de la prochaine année, assurer un suivi des mesures d'optimisation et élaborer un plan d'action 2018-2020 en lien avec les priorités organisationnelles et ministérielles. Le comité a de plus présenté un plan de formation constitué à partir des besoins exprimés par les administrateurs.

Bilan des réalisations

Révision des modalités de fonctionnement du conseil d'administration

Le comité a tenu une consultation auprès des membres du conseil d'administration, afin de réviser les différents outils de travail mis en place pour le bon fonctionnement des séances plénières et ordinaires du conseil d'administration. L'ordre du jour, la fiche de présentation et le tableau de bord de gestion ont notamment été modifiés.

Par ailleurs, les nouvelles dispositions de la loi ont amené le comité de gouvernance et d'éthique à apporter des changements dans la nomenclature des comités du conseil d'administration. La création d'un comité sur les soins et les services et l'abolition du comité sur les ressources technologiques et immobilières constituent les principaux changements apportés. Les responsabilités

de ce comité seront dévolues au comité de gouvernance et d'éthique.

Une mise à jour du Règlement sur la régie interne du conseil d'administration a par conséquent été effectuée.

Processus d'évaluation annuelle du fonctionnement du conseil d'administration et de la contribution du président du conseil d'administration

Pour une deuxième année consécutive, le comité a procédé à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, ainsi qu'à l'analyse des résultats. Au total, 79 % des membres ont répondu au questionnaire.

Par ailleurs, le comité a pris connaissance des résultats de l'évaluation de la contribution du président du conseil d'administration effectuée auprès des membres.

Processus d'élection

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales prévoit que le mandat des membres du conseil d'administration, à l'exception du président-directeur général, est d'une durée de trois ans. Afin de répondre à cette exigence, un processus d'élection a été enclenché en décembre dernier, et un état de situation pour chacun des collègues a été présenté au comité de gouvernance et d'éthique.

Éthique

Déclaration des intérêts du membre

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.

3.1.3 COMITÉ DE VÉRIFICATION

Composition

Membres

M. Jean Brown, président,
administrateur du conseil d'administration

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Jean-Pascal Gauthier,
administrateur du conseil d'administration

M. Normand Julien,
administrateur du conseil d'administration

Membres invités

M. Stéphane Bussières,
directeur des ressources financières

Mme Lise Lévesque, secrétaire
technicienne en administration

Mandat

Le comité de vérification est responsable :

- de s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi ;
- de s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement ;
- d'analyser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance ;
- d'examiner les états financiers avec l'auditeur indépendant nommé par le conseil d'administration ;
- de recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers ;
- de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et de s'assurer qu'ils soient adéquatement efficaces ;
- de formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail d'audit externe et interne ;
- de réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie, de temps à autre, le conseil d'administration (article 181.0.0.3 de LSSSS).

Réunions

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2018, le comité s'est réuni à quatre reprises avec un taux de participation de 92 %.

Principales activités

Résultats financiers

Les périodes financières 5, 7, 9 et 11 ont fait l'objet de discussions. Les actions entreprises par l'ensemble des directions de l'établissement ont été précisées. Dossier présenté au conseil d'administration.

Mesures d'optimisation

À l'aide du tableau déposé, les membres ont été en mesure d'évaluer les actions en cours par les directions pour atteindre l'équilibre budgétaire. Le conseil d'administration pourra approuver ces mesures lorsque le MSSS aura donné son accord.

Rapport périodique RR-444

Document exigé par le MSSS, présenté au conseil d'administration et adopté.

Politiques et règlements

- Politique sur l'acquisition des biens, services et de travaux de construction : accord du comité pour le dépôt au conseil d'administration par la Direction des services techniques (DST) et adoption.
- Modification au Règlement sur la délégation de signatures : information reçue par la Direction des affaires juridiques et institutionnelles (DAJI) concernant des amendements qui seront apportés au règlement. Refonte du document à venir dans les prochains mois.
- Politique relative au processus de budgétisation : précisions données aux membres ; dossier présenté au conseil d'administration et adopté.

Autorisations d'emprunt

- Pour la marge de crédit : précisions sur l'autorisation à recevoir du MSSS pour procéder à un emprunt. Le dossier a été présenté au conseil d'administration et adopté.
- Pour l'achat du stationnement de la Fondation Jeffery Hale : projet qui devrait s'autofinancer sur une période de 9 ans. Le dossier a été présenté au conseil d'administration et adopté.

Suivi des constatations découlant de l'audit 2016-2017

Le tableau est révisé pour assurer le suivi des recommandations de l'auditeur indépendant.

Discussions sur la nécessité d'implanter le paiement des fournisseurs par voie électronique et de mettre fin à l'émission de chèques

Plan d'audit par le Vérificateur général du Québec (VGQ)

Les représentants du VGQ présentent l'équipe responsable de l'audit de l'établissement pour 2017-2018 et les travaux prévus au plan.

Suivi sur la fusion des systèmes comptables pour le projet de consolidation des systèmes d'information (CSI)

Utilisation des enveloppes récurrentes au Plan de conservation et de fonctionnalités immobilières (PCFI) et au Plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM)

- Impacts : la non-réalisation des PCFI et PCEM des années antérieures pourrait compromettre la réalisation de nos objectifs stratégiques et le maintien en état de nos actifs.
- Solution : pour l'année 2018-2019, cible fixée à 140 % des budgets annuels, de façon à résorber progressivement le retard cumulé sur l'utilisation des enveloppes récurrentes. Une projection permet d'entrevoir la diminution du retard d'utilisation des budgets annuels à 3,5 ans d'ici la fin de l'année 2020-2021.

Entente bancaire

Explications sur les raisons de l'entente bancaire avec la Fédération des caisses Desjardins. Cette entente permet d'attendre la préparation des devis pour l'appel d'offres public en 2020-2021.

Conclusion

Tout au long de l'exercice financier, le comité a suivi l'implantation des recommandations de l'auditeur indépendant afin d'utiliser un système de contrôle interne fiable, et ainsi obtenir une information financière de plus grande qualité.

Au cours du prochain exercice financier, le comité se penchera sur les résultats de la fusion des différents systèmes comptables qui devrait faciliter la production de l'information financière et en augmenter la qualité aux fins de gestion et de prise de décision.

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 de la Capitale-Nationale

M. Normand Julien,
administrateur du conseil d'administration

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

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 (CVQ) veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés, le respect des droits des usagers et le traitement diligent de leurs plaintes. À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

- Recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes ;
- Favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations ;
- Établir les liens systémiques entre ces rapports et ces recommandations, en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration ;
- Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou à ces recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers ;
- Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites ;
- Veiller à ce que la commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente ;
- Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (article 181.0.3).

Réalisations

- Le CVQ a analysé les rapports trimestriels et le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et s'est assuré de l'actualisation des suivis. Les membres du commissariat ont été rencontrés par la présidente du CVQ et un autre administrateur du conseil d'administration à l'automne 2017. Il a été

- constaté que la structuration du commissariat et la stabilisation de ses ressources ont permis d'améliorer son fonctionnement. En effet, 80 % des dossiers sont maintenant traités dans les délais, malgré une hausse de 30 % du nombre de dossiers. De la même manière, le médecin examinateur a réussi à traiter 84 % de ses dossiers dans les délais.
- Le commissariat s'est vu confier de nouvelles responsabilités avec la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Les membres du commissariat ont été formés pour faire face à ces situations et la commissaire a été appelée à jouer un rôle important auprès des autres commissariats de la province, et notamment dans le forum mis sur pied pour conseiller les différents ministères à cet égard.
 - Le CVQ a analysé les rapports trimestriels portant sur la gestion des risques et la qualité des services et a constaté une hausse globale de 11 % des déclarations, particulièrement des situations dites « échappé belle », ce qui reflète l'implantation d'une culture de sécurité et de prévention. Les principales causes des événements rapportés sont liées aux chutes et quasi-chutes, de même qu'aux erreurs de médicaments. Le CVQ a constamment questionné cet état de fait, puis soutenu les moyens mis en place pour y remédier, notamment un comité sur les chutes et un autre sur le circuit du médicament.
 - À la suite d'un audit d'hygiène des mains, le taux de conformité du CIUSSS de la Capitale-Nationale s'est révélé particulièrement faible. C'est dans ce contexte que des travaux ont été entrepris pour élaborer une politique relative à l'hygiène des mains.
 - Le CVQ a suivi attentivement l'administration des médicaments à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, afin de s'assurer que la confidentialité était respectée, et que toute l'attention voulue était accordée à cette intervention thérapeutique. Le CVQ a accepté le plan proposé comprenant un projet pilote et son évaluation, une analyse des erreurs de médicaments, la révision du circuit du médicament et l'inclusion de la clozapine dans la liste des médicaments à haut risque.
 - Le CVQ a suivi la mise en place de la structure permettant d'actualiser la gestion intégrée de la qualité ainsi que celle de l'outil de suivi des recommandations. Cet outil permet d'assurer le suivi de toutes les recommandations organisationnelles en provenance des divers mécanismes d'assurance qualité.
 - Le CVQ a accepté le rapport annuel 2017-2018 du comité de gestion des risques et a appuyé le projet de modification de ses règles de fonctionnement, afin que des substituts soient désignés et que le comité puisse fonctionner, malgré les absences.
 - Le CVQ a contribué aux travaux préparatoires à la démarche d'agrément qui s'est tenue en juin 2017. Par ailleurs, le comité a adopté le Plan de sécurité des usagers.
 - Le CVQ a apprécié la présentation par la Direction des programmes de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme et déficience physique de la démarche d'intensification du suivi de la qualité mise en place au regard des milieux d'hébergement. Ce processus permet d'évaluer différents critères en lien avec la qualité et la sécurité des soins et des services.
 - Le CVQ a entériné le protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle en soulignant sa clarté et son exhaustivité. Ce protocole a pour objectif d'encadrer l'utilisation des mesures de contrôle, notamment l'isolement et les mesures de contrôle chimique, en plus d'harmoniser les pratiques dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale.
 - Le CVQ a accepté le rapport annuel 2017-2018 du Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique (BPUE) et a assuré le suivi de leurs travaux. Le CVQ apprécie le développement progressif du BPUE au cœur des directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'augmentation des demandes et leurs origines variées. Aussi, il constate la satisfaction de leurs différents interlocuteurs et leur rayonnement dans le réseau, que ce soit au ministère de la Santé et des Services sociaux ou auprès des chercheurs. De plus, le CVQ se réjouit du fait que le BPUE rende accessibles des vignettes éthiques dans l'Info CIUSSS.
 - En suivi d'une correspondance du conseil d'administration, le CVQ a rencontré les gestionnaires impliqués dans le service d'audiologie sur le territoire de Charlevoix, afin de s'assurer de la qualité et de l'accessibilité des services.
 - Le comité a pris part à la consultation sur la proposition du code d'éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Le CVQ a souligné l'équilibre entre les droits et les responsabilités des usagers et de leurs proches énoncés dans le code d'éthique. Il apprécie que ce dernier soit présenté de manière simple et claire, ce qui en facilitera l'utilisation.
 - Le CVQ veille à ce que le processus prioritaire de la gestion intégrée de la qualité soit bien implanté dans l'organisation. C'est avec beaucoup d'attention que les membres du comité ont assumé

leurs responsabilités à l'égard du respect des droits des usagers, de même que de la qualité, de la sécurité et de l'éthique des soins et des services offerts aux usagers.

3.1.5 COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

Composition

Membres

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

Mme France Goudreault,
directrice des ressources humaines et des communications

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

Mme Catherine Truchon,
administratrice du conseil d'administration

Membre invité

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mandat

- S'assurer de la conformité aux orientations stratégiques adoptées en matière de gestion des ressources humaines, des priorités et des actions retenues qui visent le personnel et les effectifs médicaux.
- S'assurer du respect des valeurs prônées par l'établissement en cette matière et du respect de son engagement à fournir un milieu de travail sain, valorisant et stimulant pour tous.
- Examiner la gestion des ressources humaines et présenter des recommandations au conseil d'administration sur les stratégies, les initiatives et les politiques en matière de gestion des ressources humaines.
- Assumer les responsabilités du conseil d'administration au regard des ressources humaines, particulièrement en ce qui a trait à la participation, à la motivation ainsi qu'à la valorisation du maintien et du développement des compétences.

Réunions

Le comité des ressources humaines s'est réuni à sept reprises.

Bilan des activités

Au cours de l'année, le comité a priorisé les objectifs suivants :

- Réaliser les orientations stratégiques en matière de gestion des ressources humaines ;
- Planifier les besoins de main-d'œuvre et les mesures d'attraction ;
- S'assurer du respect des normes de gouvernance et de leadership évaluées dans le cadre de la démarche d'agrément ;
- Soutenir le développement de la main-d'œuvre et de la relève des cadres.

3.1.6 COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION

Composition

Le comité des affaires universitaires et de l'innovation est composé de quatre membres du conseil d'administration, dont un représentant de l'Université Laval.

Membres

M. Rénaud Bergeron, président,
représentant des universités affiliées

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Dre Suzie Lévesque,
psychiatre, représentante du CMDP

M. Jean-Guy Rochefort,
psychologue, représentant du CM

Membres invités

Mme Sonia Boucher,
technicienne en administration à la DEAU

M. Yves De Koninck,
directeur de la recherche

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

Mme Julie Villeneuve, secrétaire,
adjointe au directeur – développement des mandats à la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU)

Mandat

Le comité des affaires universitaires et de l'innovation veille à la réalisation des orientations stratégiques de la mission universitaire de l'établissement. Il s'assure de l'atteinte des objectifs de rendement fixés pour chacun des volets de cette mission. Il voit à ce que l'établissement prenne les moyens pertinents pour promouvoir et développer les connaissances et l'expertise par la recherche et l'innovation, en évalue l'impact, fournit aux étudiants un encadrement et un environnement d'apprentissage qui favorisent la réussite académique, le transfert de connaissances et le rayonnement.

À ces fins, le comité s'acquitte des tâches suivantes :

- S'assurer que les priorités et les actions retenues en matière universitaire sont conformes aux orientations retenues par l'établissement ;
- Favoriser la synergie entre la mission universitaire et la mission de soins et de services de l'établissement dans une optique de convergence optimale des volets de la mission universitaire ;
- Proposer des orientations stratégiques ayant une incidence sur l'enseignement, la recherche et l'innovation (par exemple : relation avec le Fonds de recherche du Québec, financement fédéral, recherche privée, relations avec les différents établissements d'enseignement et de recherche, etc.) ;
- Examiner les résultats des activités liées à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation en s'assurant que l'atteinte des objectifs stratégiques fixés ; en évaluer l'impact sur le développement et sur l'évolution des pratiques ;
- Évaluer et soutenir les stratégies de pérennité opérationnelle et financière de la mission universitaire, de manière à ce que le CIUSSS de la Capitale-Nationale demeure le chef de file dans les domaines de la santé et des services sociaux ;
- Procéder annuellement à l'évaluation du comité, établir un plan de travail annuel et en faire rapport au conseil d'administration ;
- Examiner toute question et exécuter tout autre mandat relevant de sa compétence que peut lui confier le conseil d'administration ;
- Émettre des recommandations au conseil d'administration portant sur :
 - la révision du contrat d'affiliation avec l'Université Laval ;
 - les dossiers de renouvellement de candidatures des instituts universitaires ;
 - la révision des politiques institutionnelles touchant l'enseignement, la recherche et l'innovation ;

- toute matière ayant une incidence sur le développement et l'innovation en enseignement, en recherche et en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ;
- l'exercice des différentes fonctions du comité.

Réunions

Le comité des affaires universitaires et de l'innovation s'est réuni à trois occasions. Le taux de participation de ses membres est de 90,5 %.

Réalisations

- Approbation du rapport d'évaluation de mi-parcours pour la désignation universitaire jeunesse (CJQ-IU) et recommandation au conseil d'administration pour adoption.
- Approbation de la Politique relative à l'enseignement au CIUSSS de la Capitale-Nationale et recommandation au conseil d'administration pour adoption.
- Présentation, pour information, des procédures liées à la Politique relative à l'enseignement au CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Approbation de la Politique relative à la conduite responsable en recherche et au traitement des plaintes pour manquement et recommandation au conseil d'administration pour adoption.
- Approbation de la Politique relative à la gestion des conflits d'intérêts en recherche et recommandation au conseil d'administration pour adoption.
- Approbation de la demande de renouvellement de la subvention régulière du Centre de recherche CERVO pour dépôt au FRQ-S.
- Consultation des membres sur la visite d'accompagnement du MSSS pour la désignation d'institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS).
- Discussions sur la diminution des effectifs médicaux et ses conséquences sur l'enseignement et sur les affaires universitaires.
- Discussions sur le nouveau contrat d'affiliation ;
- Discussions sur les impacts des indicateurs de performance clinique sur la participation aux affaires universitaires.
- Discussions sur l'offre de stages en réadaptation et en nutrition.

Conclusion

Les travaux du comité des affaires universitaires et de l'innovation, en 2017-2018, ont contribué à l'intégration

regroupé, constituer un seul comité consultatif chargé de faire des recommandations au conseil d'administration du centre intégré sur les moyens à mettre en place pour préserver le caractère culturel, historique, linguistique ou local de cet établissement fusionné ou regroupé et d'établir, le cas échéant, les liens nécessaires avec les fondations des établissements ainsi qu'avec les responsables des activités de recherche. »

Réunions

Les représentants de la communauté d'expression anglaise et des instances de l'établissement regroupé Jeffery Hale – Saint Brigid's (notamment la corporation propriétaire, la fondation, le comité des usagers JHSB, les deux comités des résidents et les partenaires communautaires de langue anglaise) se sont réunis à sept reprises.

Réalisations

- Suivi des travaux du comité stratégique sur les services aux aînés d'expression anglaise afin d'en assurer le développement, d'en améliorer l'accès et de répondre aux enjeux structurels et organisationnels qui prévalent à Saint Brigid's (qualité des soins et services aux résidents, qualité du milieu de vie bilingue et du climat de travail du personnel).
 - Avis favorable à la création d'une cellule de gestion des défis de la main-d'œuvre bilingue au JHSB pour répondre aux enjeux de recrutement, de dotation et de rétention de personnel qualifié.
 - Avis favorable à l'amorce de l'analyse détaillée d'une modification de l'offre de l'urgence de l'Hôpital Jeffery Hale vers une offre de service bilingue de type groupe de médecine familiale universitaire réseau (GMFU-R).
 - Adoption des priorités d'action 2017-2018 du comité consultatif JHSB.
 - Avis favorable sur la mise à jour des lignes directrices d'identité visuelle du JHSB afin d'assurer la visibilité des composantes historiques de l'établissement regroupé et reconnaître son rattachement au CIUSSS de la Capitale-Nationale.
 - Présentation au conseil d'administration sur les rôles et les responsabilités des administrateurs à l'égard de l'établissement regroupé, des gouverneurs et du comité consultatif ainsi que sur l'importance d'élargir la portée de la Politique en matière de langue de service à l'ensemble du CIUSSS de la Capitale-Nationale dans une perspective de qualité et de sécurité des soins et des services.
 - Adoption des priorités d'action de l'année 2017-2018.
- Première mise en ligne du tableau de bord du comité consultatif permettant le suivi d'indicateurs requis aux membres dans l'exercice de leurs fonctions.
 - Avis favorable visant la révision et l'adaptation anglaise des énoncés de « Mission, vision, valeurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale » et du code d'éthique, lequel intègre les éléments historiques, culturels et linguistiques propres au JHSB.
 - Avis favorable à l'adoption de trois procédures découlant de la Politique en matière de langue de services :
 - Procédure relative à la traduction français-anglais ;
 - Procédure relative aux demandes de services d'interprétariat en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale par les établissements et les organismes du réseau ;
 - Procédure relative au traitement des insatisfactions sur les services d'interprétariat de la banque d'interprètes de la Capitale-Nationale.
 - Avis favorable à l'adoption du Guide de l'employé au Jeffery Hale – Saint Brigid's en complément du programme d'intégration du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

3.1.8 COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET DE L'ENSEIGNEMENT

Composition

Membres

Mme Marie-France Allen,
conseillère cadre par interim au Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique

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

M. Érick Benoit,
répondant/programme clientèle

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

Mme Sylvie Boulet,
usagère désignée par le comité des usagers

M. Michael Burns,
répondant/directions programmes

M. Charles Dumas,
personne désignée par le Centre Spiritualité santé

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

Dr Jacques Girard,
répondant de la Direction de santé publique

M^e Michel T. Giroux,
expert, avocat et éthicien

Mme Anne Jougit,
répondante/communauté anglophone

Dre Caroline Kochuyt,
médecin spécialiste ou généraliste

Mme Sandra Labrie,
répondante/directions programmes

Mme Catherine Matte,
membre désignée par le conseil multidisciplinaire

Mme Sylvie Morin,
répondante/directions programmes

Mme Nina Nguyen,
membre désignée par le comité exécutif du conseil
des infirmières et infirmiers

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

Dre Nancy-Michelle Robitaille,
médecin spécialiste

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

M. Laval Tardif,
répondant des aides-soignants

Mme Paule Terreau, présidente,
répondant/programme clientèle

Mme Nancy Tremblay,
répondante/directions programmes

Poste vacant, membre du CMDP désigné par l'exécutif

Poste vacant, médecin spécialiste

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. Ces problèmes éthiques peuvent être soumis par des usagers, des proches et des familles, des stagiaires, des professionnels de la santé ou des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Réunions

Le CECE s'est réuni à neuf reprises. Au cours de ces rencontres, l'expert avocat éthicien a donné dix formations sur les thèmes suivants : l'obligation de moyens, l'autonomie, la non-malfaisance, le plan de délibération, la bienfaisance, la justice, la littératie, l'aide médicale à mourir, les conflits de valeurs, ainsi que les obligations juridiques de l'établissement et la déontologie des professionnels. Le Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique a reçu 74 demandes en éthique clinique et de l'enseignement, 37 d'entre elles ont été résolues par le CECE au moyen de consultations éthiques.

Réalisations

Les principaux sujets abordés au cours de la dernière année concernent :

- la qualité et la continuité des services ;
- le consentement et l'aptitude ;
- la confidentialité ;
- les soins de fin de vie.

D'autres sujets ont aussi été traités tels que : la Loi 90, le piquant-piqué, le harcèlement, la collaboration parentale, la référence aux services privés, la contention en transport scolaire et la maltraitance animale.

Le BPUE a poursuivi le déploiement du modèle éthique en assurant la mise sur pied des différents comités consultatifs en éthique. Avec le soutien d'un expert avocat éthicien, un plan de formation pour les nouveaux membres a été élaboré. De plus, une formation spécifique pour les équipes cliniques a été développée, conjointement avec des chercheurs du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). Enfin, le BPUE a déposé, en mai 2017, le Cadre d'éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale et le code d'éthique – Vos droits, nos engagements, en mars 2018.

3.1.9 COMITÉS D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE SECTORIELS

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.

Du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018, 100 nouveaux projets de recherche ont été évalués par les quatre comités d'éthique de la recherche sectoriels (CÉR-S) du CIUSSS de la Capitale-Nationale, tandis que 58 projets ont obtenu une approbation éthique délivrée par un autre CÉR du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Nombre de projets évalués par chacun des CÉR-S, durant l'année :

- Neurosciences et santé mentale : 22
- Réadaptation et intégration sociale : 41
- Santé des populations et première ligne : 21
- Jeunes en difficulté et leur famille : 16

En 2015, la Direction de la recherche est devenue responsable des ressources nécessaires au bon fonctionnement des CÉR-S. Elle a donc mis en place un bureau de gestion des projets de recherche (BGPR). Ce bureau 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, le cas échéant.

Au 31 mars 2018, 20 évaluations scientifiques ont été coordonnées par le BGPR et 487 projets étaient en cours.

Réalisations du BGPR au cours de la dernière année :

- Mise en place de l'outil Nagano pour les quatre CÉR-S, outil qui était déjà utilisé par le CÉR-S en neuroscience et en santé mentale ;
- Désignation de personnes responsables pour réaliser l'examen de convenance dans chacune des directions de l'établissement ;
- Reconstitution de la désignation de deux CÉR-S (réadaptation et intégration sociale et neurosciences et santé mentale) pour la période allant du 1^{er} octobre 2017 au 30 septembre 2020 ;
- Mise à jour du Règlement relatif aux comités d'éthique de la recherche.

3.1.10 COMITÉ DE LA GESTION DES RISQUES

Composition

Membres

Mme Céline Allard,
directrice du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

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

Mme Michèle Carrier,
pharmacienne, représentante du CMDP

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

Mme Barbara Dallaire,
coordonnatrice à la logistique

M. Patrick Duchesne,
directeur adjoint des services professionnels

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

Mme Sylvie Laverdière,
directrice des programmes Santé mentale et Dépendances

M. Martin Lévesque,
représentant du conseil des infirmières et infirmiers

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

Dr Jacques Ringuet,
représentant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Mme Isabelle Simard, présidente,
directrice des services multidisciplinaires

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

M. Dominique Trépanier,
représentant du conseil multidisciplinaire

M. Eric Tremblay,
adjoint à la sécurité civile et aux mesures d'urgence

Les principaux risques d'incident et d'accident mis en évidence au moyen du système local de surveillance

La culture de déclaration des accidents étant très présente dans l'organisation, on remarque une légère hausse du nombre de déclarations pour l'année 2017-2018. Toutefois, des travaux sont en cours afin d'augmenter le taux de déclaration des incidents. Il est en effet démontré qu'une organisation qui présente un haut taux de déclaration des incidents est une organisation pour laquelle la culture de sécurité est implantée puisque les risques sont traités avant qu'ils ne surviennent.

Tel qu'illustré dans le tableau ci-dessous, les catégories « Chute et quasi-chute » ainsi que « Erreur de médicaments » constituent, comme pour la majorité des établissements de la province, les principales causes d'incidents et d'accidents. L'organisation travaille à réduire ces événements, notamment par la mise en place d'une analyse prospective sur l'utilisation des appareils de surveillance sonore dans le cadre de la prévention des chutes.

CATÉGORISATION DES ÉVÉNEMENTS SURVENUS EN 2017-2018

Direction	Abus Agression Harcèlement	Autres types	Chute et quasi-chute	Erreur de médicaments	Imagerie	Laboratoire	Matériel Bâtiment Équipement Effet personnel	Retraitement des dispositifs médicaux	Traitement Diète	TOTAL
DITSADP	513	1450	978	1357	2	5	131	2	408	4846
DPJ	2	111	9	41	–	–	11	–	8	182
Jeunesse	7	264	63	91	1	27	7	1	37	498
Logistique	–	21	1	–	–	–	6	4	6	38
Multidirections	–	–	2	1	–	–	–	–	–	3
Ressources informationnelles	–	1	–	–	–	–	3	–	–	4
Santé mentale et dépendances	163	909	746	1257	2	82	95	1	106	3361
Santé physique	5	184	182	639	34	183	111	–	109	1447
Santé publique	–	8	–	16	–	35	14	–	23	96
SAPA	736	4417	11 511	7448	2	124	1124	2	1206	26 210
Services multidisciplinaires	–	52	6	2	1	3	5	–	2	71
Services techniques	–	4	3	–	–	–	10	–	–	17
TOTAL	1426	7421	13 141	10 852	42	459	1517	10	1905	36 773
Pourcentage	3,9	20,2	35,7	29,5	0,1	1,2	4,1	0,0	5,2	

RÉPARTITION DE LA GRAVITÉ DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES DÉCLARÉS EN 2017-2018

Échelle de la gravité

Direction	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I	Indéterminée	TOTAL
DITSADP	266	462	2136	1159	654	150	8	1	–	4	6	4846
DPJ	3	31	58	31	24	30	2	–	–	–	3	182
Jeunesse	17	68	252	59	68	27	4	–	1	1	1	498
Logistique	10	11	15	1	1	–	–	–	–	–	–	38
Multidirections	1	–	1	1	–	–	–	–	–	–	–	3
Ressources informationnelles	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4
Santé mentale et dépendances	196	268	1453	877	444	98	14	–	2	4	5	3361
Santé physique	60	325	706	277	49	17	–	–	–	2	11	1447
Santé publique	7	26	60	3	–	–	–	–	–	–	–	96
SAPA	869	1659	8375	11 455	3413	327	65	9	–	24	14	26 210
Services multidisciplinaires	27	13	21	6	1	2	–	–	–	–	1	71
Services techniques	12	1	–	2	1	1	–	–	–	–	–	17
TOTAL	1472	2864	13 077	13 871	4655	652	93	10	3	35	41	36 773
Pourcentage	4,0	7,8	35,6	37,7	12,7	1,8	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	

A Circonstance ou situation à **risque** de provoquer un événement indésirable ou d’avoir des conséquences pour l’usager.

B Un événement indésirable est survenu, mais l’usager n’a pas été touché (échappé belle).

C Un événement indésirable est survenu, a touché l’usager, **sans lui causer de conséquence**. Présence d’inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière (ni premiers soins, ni surveillance, ni tests ou examens pour vérifier l’absence de conséquences, ni modification au plan d’intervention).

D Un événement indésirable est survenu, a touché l’usager et **des vérifications additionnelles** (surveillance, tests ou examens physiques, modification au plan d’intervention, accompagnement) **ont dû être faites pour vérifier la présence ou l’apparition de conséquences**.

E1 Un événement indésirable est survenu, a touché l’usager et est à l’origine de **conséquences mineures et temporaires** n’exigeant que des interventions non spécialisées (premiers soins, pansement, glace, désinfection, manœuvre de Heimlich).

E2 Un événement indésirable est survenu, a touché l’usager et est à l’origine de **conséquences temporaires nécessitant des soins, des services, des interventions ou des traitements spécialisés** qui vont au-delà des services courants (R.X., consultation, examens de laboratoire), mais qui n’ont aucun impact sur la nécessité/durée de l’hospitalisation ou de l’épisode de soins.

F Un événement indésirable est survenu, a touché l’usager et est à l’origine de **conséquences temporaires et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l’hospitalisation ou de l’hébergement**.

G Un événement indésirable est survenu, a touché l’usager et est à l’origine de **conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques** (altération, diminution ou perte de fonction d’autonomie).

H Un événement indésirable est survenu, a touché l’usager et est à l’origine de **conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie** (intubation, ventilation assistée, réanimation cardiorespiratoire).

I Un événement indésirable est survenu, a touché l’usager et est à l’origine de **conséquences qui ont contribué à son décès**.

3.1.11 COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le rapport annuel de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes concernant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits est disponible sur le site Internet de l'établissement au santecapitalenationale.gouv.qc.ca/a-propos-de-nous/ciuss-de-la-capitale-nationale. Les données suivantes sont extraites du rapport détaillé de la commissaire locale.

Le régime d'examen des plaintes, défini par la LSSSS, prévoit quatre types de dossiers pour lesquels la commissaire locale intervient :

- La plainte par laquelle l'utilisateur ou son représentant exprime son insatisfaction à l'égard des services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir ;
- L'intervention de toute personne autre qu'un usager ou son représentant, mais qui agit dans l'intérêt des usagers, signalant à la commissaire une situation qui porte ou risque de porter préjudice à un usager ou à un groupe d'utilisateurs. La commissaire peut aussi intervenir de sa propre initiative si elle constate des situations préjudiciables dans l'exercice de sa fonction ;
- L'assistance, soit, habituellement une demande d'aide de la part de l'utilisateur (ou de son représentant) pour toute démarche concernant l'obtention d'un soin ou d'un service ;
- La consultation, soit une demande d'avis portant notamment sur toute question relevant de la compétence de la commissaire, les droits des usagers et le code d'éthique de l'établissement.

Au cours de l'exercice 2017-2018, 2528 dossiers ont été traités par le Commissariat local aux plaintes et à la qualité des services et le médecin examinateur (détails, voir à la page suivante et à la section 5.6.1).

3.1.12 COMITÉ DE RÉVISION

Composition

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

Membres

Didier Culat, président,
administrateur du conseil d'administration

François Aumond,
médecin

Jacques Ringuet,
médecin

Mandat

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen d'une plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'utilisateur, 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'utilisateur, 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 du Québec (ci-après, 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.

Bilan des activités

Comme le prévoit la loi, pour les plaintes médicales, une personne peut se prévaloir de son droit de recours en deuxième instance auprès du comité de révision de l'établissement.

En cours d'année, 3 dossiers de plaintes ont été conclus par le comité de révision comparativement à 5 l'an dernier.

Des 3 motifs de plaintes traitées par le comité de révision, une seule mesure d'amélioration a été formulée. La totalité des dossiers a été traitée dans un délai de moins de 60 jours, et ce, conformément à la loi (détails à la section 5.6.4).

BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES SELON L'ÉTAPE DE L'EXAMEN

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
	2017-2018	0	5	3

COMPARATIF ANNUEL DES DOSSIERS DE PLAINTES SELON L'ÉTAPE DE L'EXAMEN

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	
	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %
2017-2018	0	-100	5	150	3	-40	2	200
2016-2017	3	300	2	-60	5	150	0	-100
2015-2016	0	0	5	0	2	-60	3	300

RÉPARTITION DES PLAINTES SELON LEUR MOTIF

Motif	Traitement complété		Total des motifs	
	Avec mesure	Sans mesure	Nombre	%
Accessibilité	0	0	0	0
Aspect financier	0	0	0	0
Droits particuliers	0	0	0	0
Organisation du milieu	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	0	1	1	33,33
Soins et services	1	1	2	66,66
Autres	0	0	0	0
TOTAL	1	2	3	100

3.1.13 COMITÉ DES USAGERS

Composition

Membres

Mme Micheline L. Boucher,
comité des usagers de Québec-Nord et comité de résidents de Charlesbourg

Mme Denise Delisle,
comité des usagers de Portneuf

Mme Louise Desgagné,
comité des usagers de Charlevoix et comité de résidents de Baie-Saint-Paul

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

M. Gaston Gamache, trésorier,
comité des usagers de la Vieille-Capitale et comité de résidents de Limoilou

Mme Huguette Lachapelle,
comité des usagers de Québec-Nord et comité de résidents Yvonne-Sylvain

Mme Marie B. Lemieux, vice-présidente (depuis mars 2018),
comité des usagers du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec

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

M. Gaéтан Pruneau, vice-président,
comité des usagers de la Vieille-Capitale (Jusqu'en mars 2018)

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

Mme Esther Ross,
comité des usagers de la Vieille-Capitale (Remplacement de M. Gaéтан Pruneau depuis mars 2018)

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

Deux postes vacants : Portneuf et Jeffery Hale

Mandat

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI) se compose d'au moins six membres élus par tous les présidents des CUCI qui continuent d'exister, en application des dispositions de l'article 203 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 (LMRSSS), ainsi que de cinq représentants des comités de résidents désignés par l'ensemble de ces comités mis sur pied en application du troisième alinéa de l'article 209 de la LSSSS (article 60, LMRSSS).

Réunions

Au cours de l'année, il y a eu huit rencontres du CUCI. Il y a eu aussi une assemblée générale et huit rencontres de l'exécutif. Par ailleurs, le CUCI a tenu un kiosque au Salon de la Fédération de l'âge d'or du Québec, du 29 septembre au 1^{er} octobre 2017.

Principaux sujets traités :

- Développement d'outils d'information conjoints à tous les comités des usagers ;
- Réflexion sur le soutien des personnes-ressources ;
- Développement et offre d'une formation en soutien aux trésoriers des CU et des CR ;
- Gestion de l'appel et sélection des projets spéciaux des CU ;
- Participation au comité sur le code d'éthique ;
- Participation au comité et consultation sur le sondage de l'expérience vécue pour les personnes hébergées et la population ;
- Préoccupation sur la disponibilité des médecins en centre d'hébergement et de soins de longue durée ;
- Soutien à la mise sur pied du comité de résidents de la Maison Paul-Triquet.

3.1.14 CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Composition

Membres

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,
président-directeur général du CIUSSS de la
Capitale-Nationale

Dre Julie Dorval,
médecin de famille

Dr Bruno Gagnon,
médecin de famille

Dr Yvan Gauthier, 1^{er} vice-président,
psychiatre

Dre Nathalie Gingras, 2^e vice-présidente,
pédopsychiatre

Dr Pierre Laliberté,
directeur des services professionnels

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 (ROAE), 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. : LSSS, 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. : LSSS, article 190).

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

Réunions

Il y a eu neuf réunions au cours de l'exercice 2017-2018 ainsi qu'une séance spéciale le 4 décembre 2017.

Le comité exécutif a également tenu une assemblée générale le 4 décembre 2017.

PORTRAIT DES EFFECTIFS MÉDICAUX AU 31 MARS 2018

	Actif	Associé	Conseil	Honoraire	Total
Effectifs médicaux					
Médecin spécialiste	175	130	20	4	329
Médecin de famille	342	97	6	4	449
Pharmacien	84	5	–	–	89
Dentiste	4	5	1	–	10
TOTAL	605	237	27	8	877

DOSSIERS ÉTUDIÉS AU COURS DE L'EXERCICE

	Nomination	Démission	Modification	Total
Effectifs médicaux				
Médecin spécialiste	15	109	3	127
Médecin de famille	27	51	30	108
Pharmacien	7	6	1	14
Dentiste	–	4	1	5
TOTAL	49	170	35	254

Demandes entérinées par le conseil d'administration

- Nominations : 20
- Modifications des privilèges : 29
- Démissions : 167

Adoptions par le comité

Ordonnances collectives et autres documents

- Initier le naloxone pour le traitement d'une surdose aux opioïdes.
- Initier une insulinothérapie chez un usager diabétique type II.
- Initier un laxatif chez un usager présentant de la constipation.
- Initier ou ajuster du polyéthylène glycol 3350.
- Initier les suppléments minéralo-vitaminiques contenant 1.1 mg d'acide folique chez les femmes suivies dans le programme OLO et son formulaire de liaison OLO.
- Initier et ajuster la contraception hormonale et le stérilet.
- Administrer de la naloxone à une clientèle présentant des symptômes de surdose aux opioïdes.
- Initier une antibiothérapie chez un usager présentant une bactériurie symptomatique.
- Initier la prise de vitamine D per os en prévention des chutes.
- Administrer du dextrose 50 % IV ou du glucagon (IM ou SC) afin de corriger une hypoglycémie chez un usager inconscient ou chez l'usager conscient dont la voie per os est non envisageable (OC et PS).
- Administrer du salbutamol en aérosol doseur lors d'une dyspnée avec bronchospasme (OC et PS).
- Administration de chlorure de sodium hypertonique (NaCl 3 %) IV pour le soulagement des crampes musculaires per-hémodialyse.
- Administration de dextrose 50 % IV pour le soulagement des crampes musculaires per-hémodialyse (clientèle non diabétique).
- Administration de dimenhydrinate (Gravol^{MD}) IV lors de nausées ou de vomissements per-hémodialyse.
- Administration de diphenhydramine (Benadryl^{MD}) en présence d'une réaction au fer intraveineux en néphrologie.
- Application de l'onguent Polysporin^{MD} triple (polymyxine b bacitracine gramicidine) chez l'usager en hémodialyse.
- Effectuer un prélèvement sanguin pour la mesure de temps de céphaline activée (TCA) afin d'évaluer l'anticoagulation du circuit extracorporel en hémodialyse.
- Hémodialysés – ajustement de la température du dialysat.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques lors d'un épisode de douleurs rétrosternales per-hémodialyse.
- Débuter les demandes d'examen initiaux ainsi que les examens subséquents pour les patients des cohortes de néphrologie.
- Modification de la prescription d'héparine en hémodialyse à la suite de diverses interventions.
- Surveillance des accès vasculaires chez la clientèle hémodialysée en lien avec l'appareil de dilution aux ultrasons de type Transonic^{MD}.
- Prescription de verrou d'alteplase (Cathflo^{MD}) suite à une dialyse inefficace.

- Effectuer un prélèvement d'une culture nasale afin de détecter la présence de staphylococcus aureus chez un usager en néphrologie.
- Initier l'administration de l'onguent de mupirocine (Bactroban^{MD}) par voie intranasale en néphrologie.
- Dépister la gastro-entérite par culture virale.
- Ajuster et prolonger des ordonnances de stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées.
- Structure de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique.
- Demande de médicament à nécessité particulière (MNP).
- Demande d'ajout d'un médicament au formulaire.
- Règles de substitution des corticostéroïdes topiques.
- OC-015-Initier ou ajuster du polyéthylène glycol 3350.
- OC-002-Initier une prophylaxie à l'oseltamivir pour diminuer la propagation du virus de l'influenza de type A ou de type B.
- Révision des règlements de régie interne du CMDP.

Modifications apportées aux ordonnances collectives

- OC-Oxygénothérapie utilisée dans les centres d'hébergement et les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) du secteur de Portneuf a été déployée dans les centres d'hébergement du secteur de Québec-Nord.
- OC-Demande d'analyse et culture d'urine (SMU et DCA), qui était en vigueur à l'urgence de l'Hôpital Jeffery Hale, a été déployée à l'urgence de l'Hôpital Chauveau.
- Administration d'épinéphrine (adrénaline) OC-IRDQP-PH-08 actuellement utilisé à l'IRDQP au personnel des secteurs cliniques de Québec-Nord, Vieille-Capitale, Jeffery Hale et Saint Brigid's Home.
- Initier la médication pour favoriser l'élimination intestinale OC-2005-1 de l'ancien CSSS Vieille-Capitale au secteur de l'IUSMQ.

Révisions

- PRO-020 Administrer de la naloxone à une clientèle présentant des symptômes de surdose aux opioïdes à l'extérieur d'un contexte d'utilisation médicale.
- OC-004 Initier des mesures pour la détection et le traitement de l'ictère chez le nouveau-né (mission hospitalière).

RETRAIT D'ORDONNANCE COLLECTIVE CONCERNANT LE DROIT DE PRESCRIRE DES INFIRMIÈRES

Sujet	Anciens établissements
Cessation tabagique	Québec-Nord, Secteurs localisés au CHU – Université Laval
Supplément vitaminique et acide folique	Vieille-Capitale, Québec-Nord
Contraception – COU	Portneuf, Jeffery Hale, Charlevoix, Vieille-Capitale, Québec-Nord
Contraception hormonale	Portneuf, Jeffery Hale, Charlevoix, Vieille-Capitale, Québec-Nord, Centre jeunesse
Traitement de la gonorrhée et de la chlamydia	Portneuf, Charlevoix, Québec-Nord
Soins de plaies – préalbumine et albumine	Vieille-Capitale, IRDPQ
Soins de plaies – culture de plaie	IUSMQ, Charlevoix, Vieille-Capitale, Secteurs localisés au CHU – Université Laval
Traitement infection fongique peau/muqueuse bébé et mère qui allaite	Portneuf, Jeffery Hale, Vieille-Capitale, Québec-Nord
Traitement des nausées et des vomissements non incoercibles chez la mère enceinte	Jeffery Hale, Vieille-Capitale, Québec-Nord

Consultation du comité

Le comité exécutif a été consulté pour :

- Protocole relatif à la transmission des infections : gastro-entérite d'allure virale de type norovirus ;
- Règle d'utilisation du suggamadex (Bridion^{MD}) ;
- Politique et procédure de gestion des échantillons ;
- Prescription de méthadone à l'IUSMQ (cas de toxico) ;
- Prescription aux patients qui quittent contre avis médical ;
- Validation du processus d'acceptation de transfert interétablissement ;
- Politique sans fumée de tabac au CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Accès centralisé dont l'objectif est de simplifier l'accès aux directions programmes et au réseau local de services ;
- Politique de développement durable au CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Projet de regroupement des services pharmaceutiques de l'IRDPQ et du CHSLD Christ-Roi ;
- Procédure relative au recours à la surveillance – projet pilote ;
- Politique harmonisée en matière de niveaux de soins et de réanimation cardiorespiratoire (RCR) au CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Standards de bonnes pratiques en prévention et contrôle des infections ;
- Travaux de désanticoagulation ;
- Programme de prévention de soins de la peau et des plaies ;
- Code d'éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Plan d'organisation clinique – révision et mise à jour ;
- Clinique des aînés ;
- Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle ;
- Renouvellement de privilèges ;
- Politique de reconnaissance au travail ;
- Algorithme décisionnel de prise en charge de la clientèle postamygdalectomie ou adéno-amygdalectomie ;
- Changement de chef de service pour les urgences de la région de Portneuf ;
- Plan de contingence pour pallier la pénurie d'effectifs en médecine familiale à l'IUSMQ ;

- Effectifs médicaux à l'IRDPQ pour l'année 2018-2019 ;
- Ouverture du plan clinique à l'Hôpital de La Malbaie ;
- Situation en obstétrique à l'Hôpital de La Malbaie ;
- Comité de sélection pour les chefs de services au département de psychiatrie.

Communication

- Diffusion périodique d'un bulletin de communication, *CMDP à la Une* pour un total de 6 bulletins.

Priorités du comité

- Approbation de la nouvelle structure départementale et nomination des chefs de services et de départements.
- Concrétisation du rôle du comité central de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique et déploiement sur le terrain.
- Élaboration du plan régional des effectifs médicaux (PREM) 2018-2019 (médecine familiale et spécialités) pour éviter les ruptures de services dans les installations du CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Travailler en collaboration avec tous les services et programmes pour l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services.

Mise en place de comités

- Quatre comités de discipline ont été formés.

Recommandations au conseil d'administration

- Recommandation du chef du département de chirurgie :
→ Dre Hala Hanna
- Recommandation de cochefs du département de psychiatrie :
→ Dr Yvan Gauthier
→ Dr François Rousseau
- Recommandation du chef de service pour les groupes de médecine de famille - universitaire (GMF-U) et groupe de médecine de famille (GMF) *intramuros* :
→ Dre Catherine Bouffard-Dumais
- Mesure disciplinaire pour un membre à la suite d'une décision du comité de discipline

3.1.15 COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES

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 de la Capitale-Nationale.

Composition

Membres

Dr Pierre Carrier,
médecin de famille

Dre Nathalie Gingras,
psychiatre de l'enfant et de l'adolescent

Dre Hala Hanna,
chef du département de chirurgie et d'anesthésie

Dr Pierre Laliberté,
directeur des services professionnels

M. Éric Lepage,
chef du département de pharmacie

Dr Simon Patry, président,
psychiatre

Dre Sonia Sylvain,
médecin de famille

Le Dr Jean-Guy Fontaine,
interniste-gériatre
(Démission en janvier 2018)

Les chefs des différents départements sont invités au besoin.

Réunions

Il y a eu 9 réunions au cours de l'exercice 2017-2018.

Statistiques des demandes

- Nombre de demandes reçues : 283
- Dossiers étudiés : 279
- Dossiers non traités suite aux ententes de service : 4
- Demandes entérinées par le conseil d'administration : 216
 - Nominations : 20
 - Modifications du statut et des privilèges : 29
 - Démissions : 167

3.1.16 COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Composition

Membres

M. Christian Aubin,
assistant-infirmier chef
(Depuis avril 2018)

M. Mathieu Audet,
assistant-infirmier chef

Mme Yolaine Dubois,
pharmacienne

Dre Marie-Josée Filteau,
psychiatre

Dre Catherine Gagnon,
médecin de famille
(Démission)

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

Dre Élyse Roy,
médecin de famille
(Nomination)

Mandat

Le comité de pharmacologie doit assumer les fonctions suivantes :

- Apprécier les mécanismes de contrôle de l'utilisation des médicaments dans le centre, notamment par les études rétrospectives de dossiers des bénéficiaires et les vérifications de l'utilisation des médicaments ;
- Faire l'évaluation des dossiers de bénéficiaires 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 le centre hospitalier ;

- 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 dans le centre 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.

Réunions

Les membres du comité se sont réunis à 7 reprises.

Réalisations

Approbation des travaux du comité de coordination du formulaire

- Règles de substitution des médicaments au formulaire.
- Tableaux de calcul des doses de daltéparine et d'énoxaparine.
- Formulaire de demande de médicament à nécessité médicale particulière.
- Formulaire de demande d'ajout d'un médicament au formulaire.
- Règles de substitution pour les corticostéroïdes topiques.
- Tableau de dosage du Lovenox^{MD} et du Fragmin^{MD}.
- Révision des classes de médicaments (4, 28 :08, 56:28, 36, 28:00).
- Recommandations concernant le traitement à l'insuline avec Lantus et Basaglar.
- Règle d'utilisation des médicaments – suggamadex (Bridion^{MD}).
- Règle pour les biosimilaires.

Comité pour l'utilisation optimale des antimicrobiens

- Durée automatique des thérapies antimicrobiennes.

Rédaction d'avis du comité de pharmacologie

- Application de l'ordonnance collective de l'INESSS « Initier la naloxone pour le traitement d'une surdose aux opioïdes ».
- Approbation de l'ordonnance individuelle pré-imprimée Idarucizumab par le comité exécutif du CMDP.

- Dépôt au comité exécutif du CMDP des tableaux des doses de daltéparine (Fragmin^{MD}) et d'énoxaparine (Lovenox^{MD}).
- Dépôt au comité exécutif du CMDP des ordonnances individuelles standardisées en oncologie.

Approbation de protocoles

- Protocole post exposition au sang ou à d'autres liquides biologiques.
- Protocole d'administration de la naloxone dans un contexte de surdose aux opioïdes.
- Protocole clinique de sédation palliative.

Approbation des algorithmes de la certification en soins avancés en réanimation (ACLS)

Approbation de l'algorithme décisionnel postamygdalectomie ou adénoamygdalectomie

Analyse de médicaments utilisés pour nécessité médicale particulière

- Cosentyx^{MD} (sécukinumab)
- Desvenlafaxine
- Nivolumab
- Arsenic et acide transrétinoïque
- Cystagon^{MD}
- Argatroban
- Synvisc

Demandes de médicaments hors formulaire

- Alectinib
- Bendamustine
- Pembrolizumab

Ajout de médicaments au formulaire

- Liraglutide
- Suggamadex

L'analyse et l'approbation d'ordonnances collectives

- Initier des mesures pharmacologiques et thérapeutiques lors d'une douleur thoracique d'origine cardiaque suspectée.
- Administrer du salbutamol en inhalation.
- Administrer du dextrose 50 % IV ou du glucagon SC pour corriger une hypoglycémie chez l'usager inconscient.
- Initier et ajuster la contraception hormonale et le stérilet.

- Administrer le salbutamol en aérosol doseur lors d'une dyspnée avec bronchospasme.
- Administrer du dextrose 50 % IV ou du glucagon (IM ou SC) afin de corriger une hypoglycémie chez un usager dont la voie per os est non envisageable (altération de l'état de conscience).
- Administrer de la naloxone à une clientèle présentant des symptômes de surdose d'opioïdes.
- Initier une prophylaxie à l'oseltamivir pour diminuer la propagation du virus de l'influenza de type A ou de type B.

Dans le cadre du projet d'évaluation de la personnalisation des soins (PEPS)

- Initier un laxatif chez un usager présentant de la constipation.
- Initier une insulinothérapie chez un usager diabétique type II.
- Initier ou ajuster du polyéthylène glycol 3350 (Lax-a-day^{MD}).
- Initier une antibiothérapie en présence de symptômes et de bactériurie.
- Initier la prise de vitamine D per os chez les résidents à risque de chute.
- Ajuster et prolonger des ordonnances de stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées.
- Initier les médicaments du protocole de détresse respiratoire.

Présentation des ordonnances collectives nationales de l'INESSS

- Initier l'acétaminophène pour le traitement de la fièvre chez une personne recevant des soins palliatifs.
- Initier la naloxone pour le traitement d'une surdose aux opioïdes.
- Administrer les médicaments dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresse chez une personne recevant des soins palliatifs.

L'analyse et l'approbation d'une ordonnance individuelle standardisée (OIS)

- 17 OIS en oncologie, pour le site tumoral colorectal.
- OIS Oseltamivir.
- OIS pour le protocole de détresse.

Présentation des travaux de désanticoagulation du sous-comité régional des anticoagulants oraux, comité régional des services pharmaceutiques

3.1.17 COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Composition

Membres

Mme Elisabeth Bourassa,
pharmacienne, CHU de Québec – Université Laval,
Hôpital Saint-Sacrement

Mme Sylvie Charbonneau,
pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale,
IUSMQ

M. Michel Delamarre,
président-directeur général, CIUSSS de la
Capitale-Nationale

Mme Hélène Fortin,
pharmacienne, Laurie Lavoie et associés, pharmaciens
(démission en avril 2018)

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

Mme Julie Jean,
pharmacienne, Pharmacie Julie Jean

Mme Guylaine Leclerc,
pharmacienne, Faculté de pharmacie de l'Université
Laval

M. Éric Lepage,
chef du département de pharmacie, CIUSSS de la
Capitale-Nationale

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

Mme Louise Petit,
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, IUCPQ –
Université Laval

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

Mme Isabelle Taillon,
pharmacienne, IUCPQ – Université Laval

Dr Pierre Laliberté,
directeur des services professionnels

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 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.

Réunions

Le comité s'est réuni à 5 reprises au cours de l'exercice 2017-2018. Il a été convenu de retirer du calendrier l'assemblée générale annuelle prévue en novembre 2018 et de plutôt planifier des rencontres sur des sujets précis et selon les besoins exprimés par les membres.

Activités réalisées et dossiers en cours

ATIVAD

ATIVAD est un sous-comité régional composé de pharmaciens de tous les secteurs d'activités, de membres du personnel infirmier ayant pour mandat de revoir l'accès aux soins et aux services pharmaceutiques dans le cadre du Programme régional d'antibiothérapie intraveineuse ambulatoire et à domicile (ATIVAD). Au cours de l'exercice, il a procédé à :

- la révision complète de la trajectoire des patients sous ATIVAD, notamment : révision des feuillets d'information aux patients, des recettes d'ATIVAD et du matériel à remettre aux patients. Ces informations sont disponibles sur le site Web du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- l'élaboration de la trajectoire pour l'utilisateur avec infection nécessitant un début de traitement IV en ambulatoire.

Anticoagulation

Sous-comité régional composé de pharmaciens de tous les secteurs d'activités, de médecins et d'infirmières

ayant pour mandat de revoir l'accès aux soins et aux services pharmaceutiques pour l'anticoagulation. À cette fin, il a travaillé à :

- la révision et au déploiement de la trajectoire du patient sous warfarine et sous NACO ainsi que la révision des rôles et des responsabilités des intervenants concernés par cette trajectoire ;
- l'élaboration de deux ordonnances individuelles standardisées de désanticoagulation (warfarine et anticoagulant oral direct) ;
- un projet de déploiement dans un secteur spécifique : la gastroentérologie.

Présentations

- Présentation sur l'initiative ministérielle : la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs, avec le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.
- Présentation du projet MAVO (molécules orales à visée oncologique) par les chargées de projet du CHU de Québec – Université Laval.
- Présentation du protocole clinique de sédation palliative continue en fin de vie.
- Présentation de la politique des échantillons du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

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

Les membres du CRSP ont approuvé à l'unanimité le projet de règlement de régie interne. Celui-ci sera présenté au conseil d'administration de l'établissement pour approbation finale.

Désignation des membres du CRSP au conseil d'administration

Mesdames Sylvie Charbonneau, Isabelle Taillon et Élisabeth Bourrassa ont été désignées comme représentantes du CRSP au conseil d'administration de leur établissement (IUSMQ, IUCPQ – Université Laval, CHU de Québec – Université Laval).

Plan de communication avec les pharmaciens du territoire

Un sous-comité a été mis en place pour élaborer un plan de communication avec les pharmaciens du territoire. Les travaux de ce comité ont mené à la création de l'Infolettre du CRSP qui traite des différents travaux du CRSP et de ses sous-comités (ATIVAD et NACO). Elle informe des documents disponibles et publie des articles ou des références utiles aux pharmaciens. Deux infolettres ont été publiées (décembre 2017 et avril 2018) et elles sont disponibles sur le site Web du CIUSSS de la Capitale-Nationale à partir du lien suivant :

www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-partenariat/espace-pharmacie/comite-regional-des-services-pharmaceutiques/infolettre.

Table ronde des présidents des CRSP en collaboration avec l'Ordre des pharmaciens du Québec

- Crise des opioïdes et naloxone.
- Le cannabis à des fins thérapeutiques.
- Modification du Règlement sur les conditions et les modalités de vente des médicaments.
- Dossier santé Québec (DSQ).
- Offre de soins du pharmacien en GMF.
- Règlement sur la formation continue obligatoire.
- Rôle du pharmacien dans le contexte de l'arrivée des infirmières praticiennes en soins de première ligne.

Tous ces dossiers sont partagés avec les membres du CRSP et les enjeux spécifiques aux milieux de pratique y sont discutés.

3.1.18 COMITÉ DE DIRECTION DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Composition

Membres

Dr Jacques Bouchard, chef du département, Hôpital de La Malbaie, CHSLD de La Malbaie, Clermont et Saint-Siméon, GMF de Charlevoix-Est

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

Dr Pierre Carrier, Hôpital de La Malbaie, CHSLD de La Malbaie, Clermont et Saint-Siméon

M. Michel Delamarre, président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Dr Pierre Lachance, GMF Saint-Louis

Dr Daniel Lamontagne, GMF La Source

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

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

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

Dr Stéphane Rioux,
unité de médecine familiale Laval, GMF-U
Laval-Québec

Permanence

M. Sylvain Bélanger,
adjoint au directeur des services professionnels

Mme Céline Dufour,
technicienne en administration

Dr Pierre Laliberté,
directeur des services professionnels

M. Simon Laprise,
agent de planification, de programmation et de
recherche, chargé de projet régional APSS – CRDS,
professionnel à la gestion des effectifs médicaux

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 notamment en définissant et en proposant un plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROS), en recommandant au MSSS le déploiement des effectifs médicaux vers les besoins régionaux prioritaires et en assurant sa mise en place. Il donne également son avis sur tout projet concernant la prestation des services. Il a la responsabilité de délivrer les avis de conformité en respect de l'entente particulière relative au respect des PREM.

Parmi ses autres responsabilités, le DRMG doit s'assurer du respect des dispositions de l'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières. Il doit favoriser l'augmentation de l'inscription et du suivi des clientèles dans sa région. Pour ce faire, au cours de la dernière année, le DRMG a participé, avec la collaboration de l'Association des médecins omnipraticiens du Québec, à une campagne de sensibilisation auprès des médecins de famille afin d'aider à diminuer le nombre de patients inscrits sur le guichet d'accès.

Au regard de l'organisation des services médicaux de première ligne, le DRMG a un rôle majeur. Il recommande l'adhésion des GMF au nouveau programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF et accompagnera les groupes qui auront à adhérer aux programmes GMF-R et GMF-U dans la prochaine année.

Réunions

Le comité de direction du DRMG s'est réuni à 13 reprises pour prendre position et pour formuler des recommandations au président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale et au MSSS.

Principales activités ou sujets traités

- Suivi rigoureux quant aux activités médicales particulières (AMP) exigées.
- Mise à jour mensuelle des activités médicales particulières (AMP) et diffusion sur le site Web du ministère.
- Participation active aux discussions afin de résoudre les problèmes de découverte dans les installations suivantes : Institut universitaire en santé mentale de Québec, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et l'Hôpital de La Malbaie.
- Démarches nécessaires en lien avec les recrutements autorisés en médecine de famille au PREM 2018, y compris les postes de nouveaux facturants et les postes de mobilité interrégionale (MIR).
- Couverture médicale adéquate et correctifs nécessaires dans les secteurs ciblés (urgence, aide médicale à mourir et CHSLD).
- Validation et recommandations pour les différents GMF-CRQ (clinique réseau Québec) qui ont fait une demande d'adhésion au programme GMF-R.
- Analyse des demandes de priorités de recrutement en omnipratique provenant des différents établissements région et, le cas échéant, faire les représentations nécessaires auprès du ministère pour celles-ci.
- Mise en place d'un site Web pour informer les médecins désirant postuler dans la région de la Capitale-Nationale.
- Rédaction et dépôt au ministère du Plan régional d'organisation des services médicaux généraux.
- Révision des règlements du DRMG qui seront présentés lors de l'assemblée générale annuelle en juin prochain pour adoption par les membres.
- Participation au processus d'élection des membres du DRMG.

Réalisations

Tout comme l'année précédente, 2017-2018 a été marquée par d'importants changements sur le plan de la gestion des effectifs médicaux dans le but de contribuer à

assurer une prestation de soins et de services équitables à la population de la région et à améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne.

3.1.19 CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS

Composition

Membres

Mme Valérie Blais,

Direction de santé publique, programme Santé au travail

M. Louis-Martin Boivin,

Direction des soins infirmiers, GMF-CRQ

Mme Dominique Houde,

Direction des programmes Santé mentale et Dépendances
(Poste intérimaire)

M. Bernard Ladrie,

Direction du programme Jeunesse

M. Martin Levesque,

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, services à domicile

Mme Marie-Christine Perron,

Direction des services professionnels, urgence

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 Louise Michaud,

Direction des services multidisciplinaires, service social et liaison en chirurgie cardiaque¹

Mme Sonia Tessier,

Direction des services professionnels, urgence

Membres d'office

Mme Sylvie Bonneau, secrétaire,

directrice des soins infirmiers

1. Poste coopté, car la représentation de cette direction a été ajoutée aux règlements à la suite du processus d'élection.

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS de la
Capitale-Nationale

Mme Touria Ouankour,
comité CIIA, équipe volante

M. Normand Rousseau,
comité CIIA, hébergement

Membre observateur

Sandra Racine,
directrice adjointe des soins infirmiers

Mandat

Le conseil des infirmières et des infirmiers (CII) est, pour chaque centre exploité par son établissement, responsable envers le conseil d'administration :

- d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre 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 dans le centre ;
- de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres dans le centre ;
- de faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans le centre ;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le centre ;
- 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.

Réunion

Le comité exécutif (CECII) a tenu huit rencontres régulières.

Principales activités ou sujets traités

- Droit de prescrire.
- Soins de plaies.
- Entretien d'une trachéostomie reliée à un ventilateur.
- GMF-R /GMF-U.
- Administration par voie entérale.
- Problématique de main-d'œuvre et recrutement.
- Découverte médicale aux urgences.
- État de situation des découvertes médicales en CHSLD.
- Formation de 25 heures (infirmières techniciennes).
- Comité d'accueil, d'orientation et d'intégration des nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires.
- Programme de plaies de pression transitoires à l'IRDPO.
- Audits sur le lavage des mains.
- Mesures de contrôle dans les unités du CIUSSS au CHU de Québec – Université Laval.
- Installation d'un cathéter par une infirmière auxiliaire.
- Prototypage de l'accès.
- Visite de l'OIIQ au Centre d'hébergement Saint-Antoine et plan d'amélioration.
- Offre de service de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ).
- IPS-PI en CHSLD et IPS en santé mentale.
- Programme Alliance.
- Démarche d'évaluation de pratique professionnelle.
- Niveaux de soins alternatifs (NSA).

- Soutien aux infirmières de Charlevoix et ratios.
- Usage de bouteilles de NaCl de 100 ml.
- Espace du CII/CIIA - Zone CIUSSS ;
- Situation à l'urgence de Portneuf.
- Tableaux indicateurs à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul (système TAB) et contentions.
- Infolettre DSI.
- Continuum de services pour les troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité.
- Projet pilote portant sur l'organisation des soins dentaires préventifs et curatifs et d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD.
- Fermeture des intranets.
- Retrait des IPS-PL aux urgences de Portneuf.
- Processus d'élection du représentant du CII au conseil d'administration.
- Transformation en santé mentale.
- Préséance des activités réservées.
- Planification budgétaire.
- OC - Dépister la gastro-entérite par culture virale.
- OC- (pharmaciens) Initier les ordonnances du protocole de détresse (lors d'une découverte médicale).
- OIS - (pharmaciens) Protocole de détresse.
- RSI - Prescription infirmière.
- RSI - Évaluation et suivi de l'utilisateur ayant chuté.
- Algorithme décisionnel pour la prise en charge du saignement (suspecté ou confirmé) postamygdalectomie ou adéno-amygdalectomie.
- Procédure relative au recours à la surveillance des usagers (projet pilote).
- Protocole pour la prise en charge des travailleurs de la santé exposés au sang ou à d'autres liquides biologiques.
- Protocole clinique « Administration d'un protocole de sédation palliative continue en fin de vie ».
- Protocole relatif à la transmission des infections : gastro-entérite d'allure virale de type norovirus ;
- Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.
- Protocole médical « Administrer du sulfate de magnésium pour le traitement des troubles hypertensifs de grossesse et de la pré-éclampsie ».
- Programme interprofessionnel de prévention et soins de la peau et des plaies.
- Guide de standards des bonnes pratiques en prévention et contrôle des infections.
- Politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail.
- Politique harmonisée en matière de niveaux de soins et de réanimation cardiorespiratoire.
- Politique pour un environnement sans fumée.
- Politique sur les pratiques de reconnaissance au travail.
- Programme de soutien financier à l'enseignement.
- Programme de préceptorat.

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.
- Comité exécutif du CIIA.
- Sous-comités du CII.
- Comités auxquels siège un membre du CII.
- Table régionale infirmière.

Avis donnés

- OC - Initier ou ajuster du polyéthylène glycol 3350 (Lax-a-day^{MD}).
- OC - Initier et ajuster la contraception hormonale et le stérilet (INSPQ).
- OC - Administrer de la naloxone à une clientèle présentant des symptômes de surdose aux opioïdes.
- OC - Initier des mesures pharmacologiques et thérapeutiques lors d'une douleur thoracique d'origine cardiaque suspectée.
- OC - Administrer du dextrose 50 % IV ou du glucagon (IM ou SC) afin de corriger une hypoglycémie.
- OC - Administrer du salbutamol en aérosol doseur lors d'une dyspnée avec bronchospasme.

Appui de candidature

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

- a donné son appui à la candidature du projet de garde infirmière pour les trousseaux médicaux dans le cadre du prix Innovation clinique Banque Nationale (présenté par mesdames Audrey Meloche et Maryse Mathieu) ;
- a présenté la candidature de madame Sylvie Bonneau, directrice des soins infirmiers de l'établissement aux prix Florence.

3.1.20 CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Composition

Membres

Mme Virginie Carbonneau,
criminologue agente de relations humaines

Mme Amie Deschamps, responsable des
communications,
travailleuse sociale

Mme Sophie Dupont,
orthophoniste
(Démission en février 2018)

Mme Cynthia Fauteux, vice-présidente,
ergothérapeute

Mme Josianne Gaudet,
diététiste-nutritionniste, spécialisée en activités
cliniques

Mme Geneviève Gosselin,
physiothérapeute

Mme Anne Langelier,
physiothérapeute

Mme Marie Larose,
travailleuse sociale

Mme Stéphanie Paquet, trésorière,
récréologue

Mme Chantal Pothier, secrétaire,
psychologue

Mme Karine Thériault-Levesque,
travailleuse sociale

M. Dominique Trépanier, président,
psychologue

Membres cooptés

M. Matthieu Fiset,
assistant chef technologue en radiologie

Mme Isabelle Labarre,
travailleuse sociale

Membres d'office

M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS de la
Capitale-Nationale

Mme Isabelle Simard,
directrice des services multidisciplinaires

Membre invité (sans droit de vote)

M. Jean-Guy Rochefort,
psychologue, représentant du conseil
multidisciplinaire au conseil d'administration

Mandat

Le conseil multidisciplinaire est responsable envers le conseil d'administration :

- de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle ;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services offerts par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes dispensés par l'établissement ;
- d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration ;
- de faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent. Ce rapport doit être déposé à l'assemblée générale annuelle des membres ;
- d'assumer les responsabilités d'une commission multidisciplinaire régionale (CMuR) (article 370.7, LSSSS), et ce, en vertu de l'article 87 de la loi 1. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale doit tout de même maintenir une collaboration avec les autres établissements régionaux non fusionnés pour des questions spécifiques touchant la région.

Envers le président-directeur général, conformément à l'article 228 de la LSSSS, le conseil est responsable 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 de ses membres ;
- Toutes autres questions que le président-directeur général porte à son attention.

Réunions

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) a tenu 20 séances au cours desquelles il a été question de la qualité des soins, de la qualité de la pratique professionnelle et de l'organisation des services. Elles ont été réparties de la manière suivante : 10 rencontres régulières et 10 séances de travail.

Réalisations

Le CECM a été consulté sur :

- la politique de développement durable ;
- la politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail ;
- la politique pour un environnement sans fumée ;
- la politique sur l'usage du cannabis à des fins médicales ;
- la directive relative à la consultation et à l'accès au dossier de l'utilisateur ;
- la démarche d'évaluation de la pratique professionnelle ;
- les modalités de soutien clinique aux professionnels dans les directions cliniques ;
- la procédure relative à la gestion centralisée des stages pluridisciplinaires et à l'application de mesures de soutien au CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- le programme de soutien financier à l'enseignement ;
- la procédure relative au recours à la surveillance constante ;
- la procédure de déclaration, d'enquête et d'analyse à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'un incident attribuable au travail ;
- la procédure de déclaration, d'analyse et de maîtrise d'une situation dangereuse pour la santé et la sécurité du personnel ;
- les standards de bonnes pratiques en prévention et contrôle des infections ;
- le programme de prévention et de soins de la peau et des plaies ;
- l'optimisation de l'accessibilité aux soins et aux services du CIUSSS de la Capitale-Nationale par l'implantation d'un accès centralisé ;
- le projet d'orientation des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) à l'IUCPQ – Université Laval ;
- la procédure de gestion du droit de refus d'exécuter un travail ;
- les priorités organisationnelles ;
- le suivi de l'élaboration du code d'éthique ;
- la politique de reconnaissance au travail ;
- le suivi des recommandations sur l'intégration des professionnels en GMF.

Avis et recommandations

- Avis sur le besoin de soutien clinique aux professionnels.
- Avis favorable au code d'éthique.
- Aucune recommandation particulière au conseil d'administration.

Le CECM travaille de manière soutenue avec la Direction des services multidisciplinaires dans divers dossiers, dont le plan de développement des ressources humaines, la collaboration avec nos partenaires régionaux, la première phase de mise en place des comités de pairs pour ne nommer que ceux-ci. Mentionnons également la participation du conseil au projet de niveau de soins alternatifs, à l'accès centralisé en soutien à domicile ; il prend également part à la promotion de la collaboration interprofessionnelle.

Le CECM a été actif dans divers comités tels que le comité de gestion des risques ou encore le comité de maintien et de promotion de la compétence. Le comité a également procédé à la nomination du représentant du CM au conseil d'administration. Soulignons qu'en juin 2017, le CM a participé à la démarche d'Agrément Canada lors d'une rencontre interinstances professionnelles afin d'être entendu quant à ses mandats légaux, les enjeux auxquels il fait face et la collaboration interprofessionnelle. Le CECM collabore avec les autres instances professionnelles par la voie du comité interconseils qui se veut un endroit de réflexion, d'action et de promotion de la collaboration interprofessionnelle afin de contribuer à une prestation de soins de qualité.

Sur le plan régional, le CM collabore toujours avec nos partenaires non fusionnés par la voie de l'instance régionale. Au cours de l'année, nous avons travaillé à la consolidation du fonctionnement interne, nous avons déterminé des cibles plus précises de travail : la collaboration interprofessionnelle, le soutien à la culture et la reconnaissance du processus de supervision.

Au niveau provincial, le CM a maintenu un lien étroit avec l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) notamment par la voie des activités suivantes : échanges et partage d'informations avec d'autres conseils, présentation d'une affiche portant sur la construction du comité interconseils au colloque annuel de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec et la participation bisannuelle à la table des présidents.

Le CECM a amorcé des travaux stimulants quant à son fonctionnement interne : révision des règlements, mise en place d'un système de votation électronique, promotion du rôle du CM auprès des directions et déploiement des comités de pairs.

Le CECM a entrepris une démarche qui vise à améliorer les communications avec ses membres afin d'entendre

leurs préoccupations et de travailler avec eux au développement de services de qualité.

Tous ces travaux importants reflètent bien le souci du CECM de travailler en collaboration et de participer à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle, de l'organisation des soins et de la qualité de ceux-ci, dans le respect de ses mandats légaux.

3.1.21 CONSEIL DES SAGES-FEMMES

Composition

Membres

Mme Magali Béchard, présidente

Mme Kathleen Boily

Mme Véronique Gauthier, vice-présidente sortante

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

Mme Maude Tétreault-Désilet, vice-présidente

M. Guy Thibodeau,
président-directeur général adjoint du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mandat

Le conseil des sages-femmes (CSF) 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 offerts 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 avec l'établissement un contrat en vertu de l'article 259.2 de la LSSSS ;
- 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 en vertu de l'article 259.2 de la LSSSS ;
- d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Réunions

Au cours de l'année 2017-2018, l'exécutif du conseil des sages-femmes (CECSF) s'est réuni à 6 reprises. Il a

tenu une séance extraordinaire pour une revue de cas concernant une situation clinique particulière et une assemblée générale spéciale. Cette année, il y a eu du mouvement au sein du CECSF avec le départ de 2 membres.

La Maison de naissance de la Capitale-Nationale a de nouveau reçu de multiples demandes pour un suivi sage-femme. Pas moins de 854 usagères y ont reçu des services durant l'année. Il y a eu 472 nouveaux suivis attribués cette année. De ce nombre, 215 bébés sont nés à la Maison de naissance, 40 à domicile avec sages-femmes et 4 en centre hospitalier avec sages-femmes. De plus, l'équipe de sages-femmes a donné 72 cours de préparation à la naissance (18 séries de quatre cours) et 25 rencontres d'information pour le public.

Principales réalisations

Nouvelles procédures

- Procédure d'analyse du dossier clinique en cas d'événement indésirable.
- Procédure de gestion des demandes urgentes de congés spéciaux (OSFQ, RSSF, travail humanitaire, UQTR).
- Procédure du comité exécutif et du CSF pour donner un mandat à un sous-comité (ex. : comité qualité de l'acte).
- Procédure du comité exécutif et du CSF pour la rédaction de l'envoi des ordres du jour et des procès-verbaux.

Participation du CSF à des comités du CIUSSS

- La responsable des services de sage-femme siège à deux comités de gestion des risques, l'un stratégique et l'autre tactique.
- Engagement de la présidente du CSF au sein du comité d'éthique clinique et de l'enseignement.
- Participation de la présidente et d'un membre du CSF au comité interconseils.

Entente avec le CHU de Québec – Université Laval

Révision de l'entente par le contentieux afin de s'assurer qu'elle soit juste et équitable pour tous les partis et que les rôles et responsabilités de chacun soient bien définis.

Correspondance

- Demandes d'avis du conseil des sages-femmes sur différentes nouvelles politiques au sein de l'établissement.
- Demande de services de sages-femmes dans la région de Charlevoix par le comité des sages-femmes dans Charlevoix.

- Incite à diminuer les investissements qui soutiennent le transport au profit d'autres moyens, plus durables, plus sains et plus favorables à la santé et à l'environnement.

Grâce à un partenariat intersectoriel (Ville de Québec, Université Laval, organismes communautaires et CIUSSS de la Capitale-Nationale), la Direction de santé publique a soutenu quatre évaluations d'impact sur la santé pour des projets de la Ville de Québec. Ainsi, l'expertise du CIUSSS de la Capitale-Nationale a pu profiter à deux projets, l'un domiciliaire et l'autre à logements multiples, à l'aménagement d'un quartier et à la réfection d'un important boulevard urbain. L'objectif était de maximiser les effets positifs et tenter d'en réduire les impacts négatifs qui pourraient se faire sentir sur la santé et sur la qualité de vie des résidents. Ces collaborations interdisciplinaires se poursuivront en 2018-2019.

L'équipe a aussi revu en détails ses procédures de réponse aux urgences. En effet, l'équipe Santé et environnement, en collaboration avec le Centre antipoison du Québec, les services de premiers répondants et le MDDELCC, continue de répondre à plus d'une cinquantaine d'appels par année pour des urgences environnementales. Ces urgences sont liées à l'eau potable, à la qualité de l'air ou encore, à des maladies à déclaration obligatoire. Comme l'équipe peut maintenant compter sur des solutions entièrement informatisées et facilement accessibles, elle soutiendra aussi les interventions dans le Sommet du G7 de juin 2018.

3.2.1.4 SANTÉ AU TRAVAIL

Dans le cadre 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 (CNESST), l'équipe Santé au travail est intervenue dans 370 entreprises (année 2017). Les actions ont porté notamment sur 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, ainsi que sur la surveillance environnementale et la surveillance médicale.

Le programme « Pour une maternité sans danger » a permis de traiter 4610 demandes provenant de la Capitale-Nationale, auxquelles se sont ajoutées 301 demandes (soutien administratif) 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 au travail sécuritaire de la travailleuse enceinte ou qui allaite.

En 2017, 60 travailleurs de 35 établissements différents ont été atteints d'une maladie ou d'une intoxication à déclaration obligatoire d'origine professionnelle. De plus, 30 situations de menace à la santé ont été signalées dans 28 milieux de travail. À la suite des enquêtes réalisées, des interventions spécifiques ont été nécessaires dans cinq milieux.

3.2.1.5 PRÉVENTION ET PROTECTION CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES

L'équipe de prévention et de protection contre les maladies infectieuses se subdivise en trois services : surveillance et contrôle (protection), maladies évitables par la vaccination et infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

3.2.1.6 SURVEILLANCE ET CONTRÔLE (PROTECTION)

L'équipe a procédé à une réorganisation du travail pour favoriser le développement des habiletés des infirmières en matière de maladies infectieuses et pour pérenniser l'activité de surveillance/contrôle des maladies à déclaration obligatoire.

Un effort important a été alloué au développement d'une culture de vigilance sur la gestion des risques en lien avec la réception des maladies à déclaration obligatoire.

3.2.1.7 MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

L'équipe a réalisé une analyse de l'offre de service en vaccination pour la clientèle adulte. Les travaux ont permis d'ajuster, en fonction des besoins de la population, les services de proximité sur le territoire.

Un processus d'audits systématique a également été implanté pour analyser la qualité des produits immunisants offerts sur le territoire de la Capitale-Nationale.

3.2.1.8 INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Les équipes poursuivent les travaux de planification du site d'injection supervisée. Ils serviront à établir les services qui y seront offerts, à déterminer le partage des rôles, le lieu, les enjeux légaux et le financement requis.

Par ailleurs, une analyse de l'offre de service complète en dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sur le territoire de la Capitale-Nationale est actuellement en cours. Cette démarche a permis de retenir différents scénarios qui pourraient améliorer à la fois l'accessibilité aux services de dépistage des ITSS et les services dédiés aux utilisateurs de drogues par intraveineuse.

Afin d'assurer une réponse rapide aux cas de surdoses aux opioïdes, un plan d'accessibilité à la naloxone a été mis en place par les intervenants communautaires. Pour ce faire, des formations sur l'utilisation de la naloxone ont été offertes à plus de 200 intervenants dans la communauté et à environ une cinquantaine d'infirmières du CIUSSS de la Capitale-Nationale. La formation actuelle est en révision et sera offerte sous peu aux intervenants non infirmiers qui pourront désormais administrer de la naloxone en situation d'urgence.

Le comité régional de prévention des surdoses aux opioïdes a été mis sur pied, de même que deux sous-comités, l'un sur l'accessibilité à la naloxone et l'autre sur la vigie et la surveillance des surdoses aux opioïdes.

3.2.1.9 PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

Étude COMPASS-Québec

L'étude COMPASS-Québec, dirigée par des chercheurs de l'Université Laval et la Direction de santé publique, en partenariat avec le milieu scolaire, vise à mieux comprendre la réalité des jeunes du secondaire, leurs besoins et leurs comportements reliés à la santé, de même que leur évolution dans le temps. Elle vise aussi à évaluer les retombées de politiques, de programmes de promotion et de prévention de la santé ou d'interventions réalisées en milieu scolaire.

COMPASS-Québec est la partie québécoise de l'étude COMPASS-Canada. Il s'agit d'une étude longitudinale qui porte sur plus d'une centaine d'écoles au Canada et dont le dispositif est composé de cohortes scolaires. Elles regroupent 6185 élèves de tous les niveaux du secondaire recrutés en 2017 dans onze écoles secondaires au sein des six commissions scolaires et des écoles privées de la Capitale-Nationale. Comme l'enquête sera répétée pendant les cinq prochaines années, les écoles disposeront d'une mine d'informations utiles pour suivre l'évolution de leurs jeunes dans le temps et pour orienter leurs actions en collaboration avec la Direction de santé publique et les chercheurs. L'objectif visé est de recruter toutes les écoles secondaires de notre région d'ici 2020, soit plus d'une quarantaine d'écoles et près de 30 000 jeunes.

Les champs d'intérêt des écoles portent plus particulièrement sur les comportements sexuels des jeunes, sur leur consommation de drogues, de tabac et d'alcool, sur les problématiques d'actualité à l'aube des nouvelles orientations en éducation à la sexualité à l'école et sur la légalisation du cannabis non thérapeutique.

Mémoire sur le cannabis non thérapeutique et l'offre de service en prévention des dépendances aux écoles

À l'été 2017, le gouvernement du Québec lançait une consultation sur l'encadrement du cannabis récréatif. La Direction de santé publique a alors coordonné la rédaction d'un mémoire pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale dans lequel il formulait quatre recommandations visant à favoriser la prévention, la santé, les soins et à diminuer les inégalités sociales de santé. Au cours de l'année 2017-2018, le contexte entourant la légalisation du cannabis récréatif a évolué. Il a fait en sorte qu'un plus grand nombre que prévu d'écoles secondaires et de commissions scolaires ont

formulé une demande dans le cadre de l'offre de services-conseils en promotion et en prévention. Près d'une dizaine d'établissements (écoles secondaires, centre d'éducation aux adultes et centre 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.

Trousse pour contrer l'isolement social des aînés

Le lancement officiel de la trousse « Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes aînées isolées socialement » s'est déroulé en décembre dernier et a connu un vif succès! Plus de 80 participants issus de milieux institutionnels, communautaires et privés ont pris part à l'événement au cours duquel la ministre responsable des Aînés et de la Lutte contre l'intimidation, Francine Charbonneau, a pris la parole pour faire valoir les qualités de l'outil. Fruit d'une recherche-action menée par la Fédération de l'âge d'or du Québec – Régions de Québec et Chaudière-Appalaches, le CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés et l'Institut national de santé publique du Québec, cette trousse permet d'outiller les acteurs travaillant auprès des aînés pour contrer l'isolement social chez ces derniers. Cette initiative contribue, une fois de plus, à favoriser le vieillissement en santé de la population de la Capitale-Nationale. Pour consulter la trousse : www.fadoq.ca/quebec-et-chaudiere-appalaches/ressources/sante-et-bien-etre/trousse-daccompagnement.

Sécurité alimentaire dans la Capitale-Nationale

En 2011-2012, 8,4 % de la population âgée de 12 ans et plus, soit environ 60 000 personnes, était en insécurité alimentaire, c'est-à-dire qu'elle n'avait pas accès à des aliments sains, principalement en raison de son faible revenu. Aujourd'hui, en 2018, environ 36 500 personnes reçoivent chaque mois des services du réseau d'aide alimentaire, que ce soit sous forme traditionnelle de dons directs d'aliments ou par la participation à des pratiques alternatives telles que les cuisines collectives. Pour sa part, la Direction de santé publique soutient 13 projets locaux afin de réaliser une variété d'interventions destinées aux populations les plus à risque d'insécurité alimentaire pour un investissement total de 297 520 \$. À titre d'exemple, ces projets permettent :

- l'acquisition de connaissances et de compétences liées à des activités de cuisine ou de jardinage ;
- l'amélioration de l'accès physique à des fruits et des légumes par la mise sur pied de marchés publics et de vélos ambulants dans des secteurs plus défavorisés ;
- le partage de la production d'un jardin collectif avec sites de distribution alimentaire, etc.

Les personnes et les familles à faible revenu, les personnes vivant avec diverses problématiques de santé mentale et les immigrants font partie des publics qui sont ciblés par ces projets.

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

Depuis les trois dernières années, dans chacune des trois missions du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, plusieurs travaux de révision de processus ont eu lieu pour constamment améliorer l'accessibilité, la pertinence, la fluidité, la continuité et la qualité des soins et des services.

3.2.2.1 MISSION SOUTIEN À DOMICILE

Au cours de l'année 2017-2018, il y a eu une importante augmentation du nombre d'heures en soins et services, pour un total de 1 184 292 heures consacrées au maintien des clientèles en perte d'autonomie dans leur milieu de vie. Cette intensification des services a permis :

- le maintien à domicile sécuritaire des personnes sur une plus longue période ;
- un retour à domicile plus rapide après une période d'hospitalisation ;
- l'évitement de l'hébergement.

En d'autres mots, elle aura permis de respecter le choix des usagers de revenir à la maison avec les services nécessaires pour compenser leur perte d'autonomie temporaire ou permanente.

Pour la prochaine année, la direction souhaite aller plus loin dans l'intensification des soins par la mise en place d'un service en soins infirmiers disponible en tout temps qui permettra :

- d'accompagner les personnes en fin de vie qui ont fait le choix de mourir à domicile ;
- en tout temps, le retour à domicile après une consultation à l'urgence d'un centre hospitalier ;
- de soutenir les ressources intermédiaires pour personnes âgées de même que les résidences privées avec services pour les personnes âgées ;
- de maximiser une organisation de soins et de services dans la communauté et d'éviter, lorsque cela n'est pas requis, le recours aux centres hospitaliers.

Pour être en mesure de répondre à la demande, la direction doit relever le défi du recrutement des auxiliaires en santé et services sociaux, considérant une forte baisse des inscriptions pour cette profession dans les milieux scolaires. Des travaux de promotion devront

être réalisés afin de faire connaître cette profession et les possibilités d'emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux.

3.2.2.2 MISSION HÉBERGEMENT

La direction se trouve à mi-parcours du projet de transformation des CHSLD selon le concept de regroupement des clientèles pour la création de micromilieus. Au 31 mars 2018, tous les CHSLD de la MRC de Charlevoix (4) ont été transformés, de même que ceux de la MRC de Portneuf, de Donnacona et de Saint-Marc-des-Carrières. Dans la capitale, l'approche de micromilieus a été implantée dans les CHSLD de Sainte-Anne-de-Beaupré, Yvonne-Sylvain, Du Fargy, Charlesbourg, Loretteville, Christ-Roi, Hôpital général, Saint-Antoine et Jeffery Hale. Chacune de ces transformations exige un investissement humain sur une période de plus ou moins 16 semaines. C'est une phase intense de travail pour les gestionnaires et pour les employés, car ils continuent à offrir les services quotidiens tout en procédant au changement. Un plan de communication a été élaboré afin de suivre et d'harmoniser chacune des étapes de la transformation pour les résidents, les familles et les employés. La transformation en cours est bénéfique tant pour les résidents que pour les employés puisque l'organisation du travail est revue et adaptée selon les besoins spécifiques de chaque regroupement.

Cependant, à l'automne 2018, il y aura une pause de quelques mois dans le projet de regroupement par clientèle. La direction se consacrera davantage à la révision de l'organisation du travail pour inclure les services supplémentaires de soins d'hygiène. Ainsi, chaque CHSLD devra s'adapter aux enjeux de ce développement de services : disponibilité des ressources humaines (préposés aux bénéficiaires), disponibilité du matériel requis (salle de bain) et la préférence des résidents pour élaborer l'organisation du travail sur sept jours.

Le principal enjeu en CHSLD pour la prochaine année est de contrer la pénurie de main-d'œuvre. En ce qui a trait à la pénurie de médecins, la nouvelle entente signée entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec permettra de faire des rapprochements avec les GMF et ramènera, en principe, les médecins en CHSLD. En ce qui concerne la pénurie de préposés aux bénéficiaires, la direction poursuit son partenariat avec les maisons d'enseignement pour déployer la formation de nouvelles cohortes en milieu de travail.

3.2.2.3 MISSION SERVICES SPÉCIALISÉS

Un Kaizen a été réalisé pour les services offerts par l'hôpital de jour et les équipes ambulatoires en gériatrie. Au terme de l'exercice, il n'existe plus qu'une seule offre de services ambulatoires spécialisés dans la communauté pour appuyer la mission du soutien à domicile. Les critères d'accès, les offres de services, les

rôles et les responsabilités ont été revus dans l'objectif d'en améliorer l'accès et la continuité.

Un autre Kaizen portant sur les services spécialisés aux clientèles qui présentent un syndrome comportemental et psychologique relié à la démence a été réalisé avec l'ensemble des partenaires, et un plan d'action est en élaboration. Ce sera un premier exercice du genre, puisqu'à ce jour, il n'y a jamais eu de concertation entre les différents partenaires pour harmoniser et intégrer toutes les différentes offres de services existantes dans une seule offre de service.

Le principal défi pour les prochaines années sera d'offrir des soins et des services de qualité et en continu à un nombre croissant de personnes atteintes de démence de type Alzheimer ou par des maladies associées. À cette fin, des travaux sont en cours pour développer une clinique externe spécialisée en gériatrie. Celle-ci proposera une prise en charge de ces clientèles dans la communauté et évitera les hospitalisations qui, trop souvent, font perdre les points de repère et augmentent les conséquences de la maladie des personnes atteintes.

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

La DITSADP offre des services spécifiques, spécialisés et surspécialisés aux personnes atteintes d'une déficience. L'année 2017-2018 a été marquée par d'importants travaux ayant mobilisé les équipes de gestion ainsi que les cliniciens.

3.2.3.1 SERVICES SPÉCIFIQUES

- Des travaux d'optimisation de la trajectoire d'accès et de l'organisation des services socioprofessionnels et communautaires ont permis de simplifier et de standardiser l'orientation des usagers à l'intérieur du continuum de services, ce qui a considérablement réduit les temps d'attente, en plus d'améliorer la qualité des pratiques cliniques.
- Des investissements dans les services de soutien à domicile se sont traduits par le rehaussement des équipes professionnelles et de soins infirmiers, ce qui a permis d'augmenter le nombre d'usagers servis et de leur offrir des services plus soutenus. Fait à noter pour ces mêmes équipes, le déploiement des cellules de travail a été complété sur l'ensemble des territoires.
- L'équipe de Charlevoix s'est particulièrement démarquée par l'ampleur des travaux d'optimisation réalisés à l'égard des processus cliniques et organisationnels dans différentes

disciplines, dont les services en physiothérapie, en nutrition, en soins infirmiers et en audiologie. La révision des charges de cas, le développement et la révision des pratiques cliniques, ainsi que l'implantation des cellules de travail ont eu des impacts significatifs sur la qualité des services, sur la collaboration interprofessionnelle, sur les délais d'accès aux services, ainsi que sur l'atteinte des cibles inscrites aux ententes de gestion. La réorganisation a été si bénéfique qu'elle a permis l'ajout de nouvelles ressources professionnelles dans la plupart des disciplines.

- Sous la gouverne de la direction, des travaux de révision sont en cours dans les différents programmes régionaux afin d'optimiser l'accès aux services et la gestion des enveloppes budgétaires. La collaboration avec la Direction de la logistique aura d'importantes retombées dans les prochains mois pour la clientèle des programmes de services intensifs de soutien à domicile (SISAD), de répit aux proches aidants (RAPA), de soutien aux organismes de répit, dépannage et de gardiennage, ainsi que d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination.

3.2.3.2 SERVICES SPÉCIALISÉS ET SURSPÉCIALISÉS

- Un atelier Kaizen tenu à l'hiver 2018 sur les services spécialisés pour les victimes d'un accident vasculaire cérébral a permis de réduire de 50 % les délais de prise en charge de la clientèle externe en réadaptation. De plus, grâce à une collaboration avec l'Association des personnes intéressées à l'aphasie et à l'accident vasculaire cérébral, le programme « La vie après un AVC » de la Fondation des maladies du cœur est maintenant offert dans la région.
- Pour les victimes d'un traumatisme craniocérébral léger, mieux connu sous l'appellation de commotion cérébrale, le guichet d'accès régional de suivi est maintenant implanté, et ce, conformément aux orientations ministérielles. Par un dépistage précoce, l'équipe de professionnels s'assure du repérage des personnes à risque de complications. Lorsque requise, une prise en charge en réadaptation ou une orientation vers d'autres services est effectuée. Il est à noter que le guichet pour la clientèle pédiatrique est en fonction depuis plusieurs années.
- Un atelier Kaizen a aussi été réalisé pour les services de réadaptation offerts aux personnes amputées. Ce projet a mobilisé l'équipe et a permis de revoir le cheminement des usagers en réadaptation, de façon à réduire les délais d'accès pour cette clientèle.

- Les sommes reçues dans le cadre du plan d'action ministériel 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA) ont permis de rehausser les équipes cliniques qui se consacrent aux services de réadaptation, d'intervention comportementale intensive et d'intégration socioprofessionnelle. Des sommes supplémentaires ont aussi été consenties aux services de soutien aux familles (allocations financières et services de répit), ainsi qu'à l'amélioration du continuum des services résidentiels.
- La consolidation de la résidence à assistance continue Horizon, située dans les locaux du Gouvernail, illustre les retombées des investissements en TSA. Cette ressource résidentielle de 8 places, destinée à de jeunes garçons de 12 à 18 ans, représente un succès de collaboration et de cohabitation avec la Direction du programme Jeunesse.
- L'équipe responsable des services spécialisés en jeunesse, en étroite collaboration avec la Direction des soins infirmiers, a contribué de façon significative au projet de la Maison Lémerville Suzanne-Vachon. L'ouverture de la ressource prévue en juin 2018 permettra d'offrir des séjours de répit aux familles de jeunes polyhandicapés de la région, ainsi que des soins palliatifs pédiatriques aux enfants de 0 à 18 ans du territoire du Réseau universitaire intégré de santé de l'université Laval (RUIS-Laval). Ce projet novateur est une réussite de partenariat pour la direction des programmes DITSADP avec le réseau communautaire, le milieu philanthropique, ainsi qu'avec le CHU de Québec – Université Laval.

Enjeux

- Une pénurie d'effectifs médicaux occasionne d'importants problèmes d'admission et de suivi des personnes atteintes d'une déficience physique dans les unités de réadaptation fonctionnelle intensive. Gestionnaires et cliniciens sont néanmoins mobilisés à la mise en place de solutions novatrices pour maintenir la capacité d'admission, et ce, dans le respect des ententes en vigueur avec les partenaires des continuums de services.
- La prévalence du trouble du spectre de l'autisme est actuellement d'un enfant sur 68, ce qui représente une augmentation de 29 % par rapport à celle de 2008. Dans ce contexte, le maintien d'une offre de service qui répond aux besoins de la clientèle, et ce, dans un délai opportun, représente un défi colossal.

3.2.4 DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

3.2.4.1 BAISSÉ DES SIGNALEMENTS TRAITÉS

Pour l'année 2017-2018, la directrice de la protection de la jeunesse a traité 9434 signalements comparativement à 9987 l'année dernière, en plus des 14 984 info-consultations en réponse aux besoins des partenaires. Cette diminution de 5,6 % des signalements traités constitue une première dans la région depuis les dix dernières années. La trajectoire établie avec les services de proximité qui nous permettent de travailler de façon plus concertée pour répondre aux besoins de la clientèle expliquerait, en partie, cette baisse. Par ailleurs, 4001 signalements ont été retenus pour évaluation en comparaison à 3810 l'année dernière, ce qui occasionne une pression supplémentaire sur les équipes de travail. Depuis avril 2018, près de 2000 enfants font 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.

3.2.4.2 PROJET SIAM (SERVICES INTÉGRÉS EN ABUS ET EN MALTRAITANCE)

Au Québec, l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique est en vigueur depuis 2001. Elle s'applique lorsqu'on présume ou constate qu'un enfant de 17 ans et moins est victime d'abus sexuels, d'abus physique ou d'une négligence grave. L'offre de service du SIAM vise à intégrer tous les services requis d'évaluation, d'enquête policière, de consultation judiciaire, de traitement, de soutien et de défense des droits sous un même toit de manière à assurer une prise en charge globale de l'enfant. Le SIAM se veut aussi un lieu visant l'atteinte de l'excellence par le développement des pratiques et de l'expertise, notamment au regard du traitement des enfants victimes d'abus et de maltraitance.

3.2.4.3 ADOPTION, RECHERCHE D'ANTÉCÉDENTS ET RETROUVAILLES

La Direction de la protection de la jeunesse offre des services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation. Elle est aussi titulaire des dossiers ayant trait à l'adoption en plus d'avoir la responsabilité et l'obligation d'offrir des services en matière de recherche d'antécédents de retrouvailles aux personnes qui en font la demande. Le 16 juin 2017, le projet de loi 113 modifiant le Code civil et d'autres dispositions en matière d'adoption a été adopté. Les modifications prévues dès le printemps 2018 auront des impacts importants sur le volume de demandes de recherche d'antécédents sociobiologiques et de retrouvailles. C'est

dans cette perspective qu'une démarche d'amélioration continue a été amorcée; elle a pour but d'améliorer la trajectoire du service retrouvailles, secteur d'adoption, afin de réduire les délais de traitement des dossiers. À la suite d'un atelier Kaizen, la trajectoire de services a été modifiée pour le plus grand bénéfice des usagers. Les récentes données permettent d'ailleurs de constater des résultats concluants, particulièrement dans le respect des standards de pratique en matière de recherche d'antécédents.

3.2.4.4 GROUPE PROJETS ET SOUTIEN

Le programme Groupe Projets et Soutien est un groupe d'intérêt clinique et de soutien innovant pour les jeunes fugueurs récidivistes hébergés en centre de réadaptation. Il vise, notamment, à permettre aux adolescents de répondre à leurs différents besoins en découvrant des options à la fugue et à créer un filet de protection sociale autour d'eux.

Au cours de l'exercice, il a permis, entre autres :

- une diminution de la durée et du nombre de fugues ;
- aux jeunes fugueurs de se réaliser et de s'affilier à un groupe d'appartenance d'une façon positive ;
- une contribution des familles, des intervenants psychosociaux et des partenaires de la Capitale-Nationale ;
- une participation de jeunes aux activités du programme alors qu'ils étaient en fugue, et un retour au centre de réadaptation avec les intervenants.

3.2.4.5 IMPLANTATION DU PROTOCOLE D'ÉVALUATION FAMILIALE ET DE LA CARTE CONCEPTUELLE SUR LE FONCTIONNEMENT FAMILIAL EN RÉADAPTATION

Atout majeur pour la révision du programme de transfert des acquis au centre de réadaptation Le Gouvernail, le protocole se présente comme un outil clinique sous forme de questionnaire. Les jeunes et leur famille doivent prendre un temps d'arrêt pour identifier, selon leurs connaissances, les forces et les difficultés qui sont au cœur du fonctionnement familial.

3.2.5 DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES

La Direction des programmes Santé mentale et Dépendances (DSMD) offre l'ensemble des soins et des services aux personnes vivant avec un problème de santé mentale et de dépendance dans la région de la Capitale-Nationale. Ces services sont offerts à domicile,

en CLSC, en GMF, en cliniques spécialisées, à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, au Centre de réadaptation en dépendance de Québec, de même que dans les installations du CHU de Québec – Université Laval.

La direction a reçu la visite de l'organisme Agrément Canada qui a reconnu la qualité des soins et des services offerts en santé mentale et en dépendances. Notons que les visiteurs ont été impressionnés et qu'ils ont même suggéré que notre équipe de traitement bref à domicile (TIBD) puisse faire partie des pratiques exemplaires au Canada.

Au cours de l'année 2017-2018, la DSMD a poursuivi la révision de son offre de service, notamment au regard du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (PASM) et des standards des meilleures pratiques cliniques en collaboration avec ses partenaires.

Voici les principaux travaux entrepris dans le cadre de la révision de l'offre de service :

- Consolider les équipes de suivi dans la communauté, bonifier le modèle et les redistribuer de manière efficiente et efficace.
- Redéfinir l'offre d'hospitalisation en soins aigus psychiatriques afin de favoriser une meilleure utilisation des lits et le retour vers la communauté dans les plus brefs délais.
- Revoir le concept des urgences psychiatriques selon les meilleures pratiques de manière à diminuer le recours à l'urgence et par conséquent, le temps d'attente.
- Revoir le parc d'hébergement afin d'avoir un parc diversifié et répondant aux besoins des usagers.
- Réaliser l'intégration des connaissances et des soins en dépendance dans les autres domaines afin de favoriser une approche de soins intégrée et globale pour les personnes présentant des problèmes concomitants.

La direction a priorisé le déploiement de la salle de pilotage stratégique et tactique ainsi que celui des caucuses opérationnels, et ce, afin de soutenir une approche basée sur l'amélioration continue de la qualité avec des moyens de gestion et de communication efficaces.

La DSMD travaille de concert avec tous les partenaires de la communauté afin que les soins et les services en santé mentale et en dépendances chez la population soient concertés. Notons que cette année, la direction a participé à la mise en place du programme intégré de soutien à l'emploi, en partenariat avec des organismes communautaires en réadaptation socioprofessionnelle (partenariat innovant).

Tout en poursuivant la démarche régionale pour des services axés sur le rétablissement et la participation

citoyenne, la DSMD a participé à la création d'un groupe de travail sur les droits des personnes utilisatrices de services, en soutien aux proches et aux familles.

La direction s'est associée aux organismes du milieu pour soutenir les personnes en période d'itinérance et les personnes vivant avec une dépendance. Les travaux réalisés ont permis de rétablir des tables de concertation avec les partenaires.

La direction travaille aussi en étroite collaboration avec d'autres directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale notamment la Direction des services professionnels avec laquelle elle est en cogestion pour le Département de psychiatrie, la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires. Ainsi la direction a participé au projet d'arrimage des consultations psychiatriques et au projet d'accueil harmonisé.

Plusieurs projets ont visé la réduction des délais d'accès, des temps d'attente sur civière et une meilleure continuité dans les soins pour les usagers. Parmi ceux-ci, notons :

- les travaux pour la réduction des délais d'accès aux équipes de suivi d'intensité variable dans la communauté (26 % de réduction) ;
- la consolidation des équipes de suivi dans la communauté ;
- l'arrimage d'une unité de soins aigus avec les équipes de suivi intensif dans le milieu ;
- la première ressource d'accompagnement continue (RAC) en santé mentale ;
- le retour dans la communauté de 19 usagers hébergés à l'IUSMQ depuis en moyenne 24 ans ;
- l'ouverture, en janvier dernier, d'une ressource intermédiaire de 18 places pour les jeunes adultes ;
- le continuum de services complets intégrés pour les personnes vivant avec un trouble de personnalité ;
- la mise en place du service d'infirmière de liaison spécialisée en dépendance à l'Hôpital Saint-Sacrement et ajout d'un répondant clinique en dépendance pour l'urgence de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec ;
- l'équipe d'intervenants spécialisés en dépendance dans les CLSC de Charlevoix, de Portneuf et de Québec ;
- le programme de traitement pour les consommateurs de pornographie juvénile ;
- l'implantation du suivi « NSA » permettant une réduction des délais d'orientation de l'hospitalisation vers les ressources externes.

3.2.6 DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE

3.2.6.1 AXE PREMIÈRE LIGNE : PREMIERS SERVICES PSYCHOSOCIAUX DISPENSÉS DANS LES DÉLAIS PRESCRITS

Déploiement d'un programme de développement des Pratiques parentales positives (Triple P) sur l'ensemble du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Par sa structure en cinq niveaux d'intervention de services, le programme permet d'offrir des services préventifs, de soutenir les parents et de diminuer le nombre de signalements. Ce programme vise aussi l'amélioration des compétences parentales en vue d'optimiser le développement des enfants éprouvant des difficultés. Cette approche se traduit par différentes modalités d'intervention de groupe et individuelle auprès des familles présentant des besoins particuliers. Le programme était offert initialement dans le secteur du CLSC Orléans aux familles ayant des enfants âgés de 0 à 12 ans, avant d'être déployé sur l'ensemble du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

En soutien, la direction a actualisé un plan de formation s'adressant au personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale et aux partenaires des réseaux locaux de services. Plus de 139 intervenants du CIUSSS et du réseau local ont été accrédités pour offrir les services selon le niveau requis par le programme Triple P.

3.2.6.2 RÉVISION DU MÉCANISME DE RÉFÉRENCE DE L'URGENCE

Dans le cadre de sa collaboration avec le CHUL du CHU de Québec - Université Laval, la Direction du programme Jeunesse a réalisé un Kaizen afin de réviser le mécanisme de référence de l'urgence pédopsychiatrique au programme de crise régional. Elle visait ainsi à orienter, du premier coup, les jeunes et leur famille vers le bon service et à réduire le nombre de références au programme de crise.

La nouvelle trajectoire de référence mise en place en octobre 2017 a permis une amélioration notable du nombre de références conformes aux critères du programme régional de crise, passant de 27 % à 61 %. Autre fait à souligner, le taux de conformité aux standards d'accès de 72 heures du programme de crise est maintenant de 100 %.

3.2.6.3 IMPLICATION DES USAGERS PARTENAIRES AU SEIN DE LA DIRECTION

La Direction du programme Jeunesse favorise l'implication des usagers partenaires au sein de ses comités. Depuis septembre 2017, deux usagers partenaires se sont joints

à deux comités d'amélioration continue en prévision de la prochaine visite d'agrément prévue en 2019. Un troisième usager partenaire a été recruté en février. Cette personne se joindra à la prochaine rencontre du comité de gestion des risques prévue en mai 2018. La participation de ces personnes est grandement appréciée et leur implication contribue à l'avancement des travaux.

3.2.6.4 NOUVEAU MODÈLE DE SERVICES POUR LES ENFANTS (0-5 ANS) PRÉSENTANT UN RETARD DE DÉVELOPPEMENT

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale dessert 45 633 enfants âgés de 0-5 ans, dont environ 15 % présenteraient des retards développementaux, pour une estimation de 6 845 enfants. En 2017-2018, les équipes de première ligne qui suivent les jeunes en difficulté ont reçu plus de 1 300 demandes de service pour traiter des difficultés de langage. Parmi ces demandes, plus de 400 concernaient des enfants qui avaient des difficultés dans plus d'une sphère de leur développement.

Depuis plusieurs années, divers problèmes d'accès et de continuité des services ont été soulevés. En effet, il y a des délais importants – certains ont attendu jusqu'à 500 jours - entre la première demande de service et l'émission du diagnostic par l'équipe de pédopsychiatrie. La Direction du programme Jeunesse a expérimenté un projet pilote sur deux de ses territoires; les délais d'accès à une évaluation en retard de développement ont diminué de 20 %. Ce projet a aussi permis à une équipe interdisciplinaire d'émettre des diagnostics à plus de 80 % des jeunes qui lui ont été adressés.

En septembre 2017, un atelier Kaizen a été réalisé afin de revoir l'ensemble de la trajectoire de services. L'exercice a conduit à une nouvelle trajectoire qui va permettre de répondre à tous les enfants présentant des indices de retard de développement sur l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale. Les parents et les enfants bénéficieront de l'accompagnement d'une équipe intégrée tout au long de leur cheminement, ce qui améliorera les délais d'accès à l'évaluation et au diagnostic.

3.2.6.5 PROJET HOPE – AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES FAMILLES DONT UN PARENT VIT AVEC UN TROUBLE MENTAL

Le programme HoPE (Horizon parent-enfant) est un programme de transformation des services en santé mentale jeunesse qui vise à améliorer l'accessibilité et la continuité des services. Ce programme vise des familles dont un des parents est sévèrement atteint d'une maladie mentale. Pour la région de la Capitale-Nationale, nous estimons environ à 30 000 le nombre de patients atteints de schizophrénie, de maladie bipolaire ou de dépression

majeure récurrente. De ces 30 000 patients, 6 000 ont des enfants ou des adolescents; 12 000 de ces enfants et adolescents sont nés d'un parent affecté. Ces jeunes présentent de 15 % à 20 % plus de risque de développer une maladie du même spectre que celle de leur parent. Plus de 50 % des enfants d'un parent atteint d'une de ces maladies présentent, dès l'enfance, des problèmes développementaux ou comportementaux qui nécessiteront une consultation. Notons également que 50 % des pathologies mentales apparaissent avant l'âge de 14 ans et 75 % avant l'âge de 22 ans.

L'équipe interdisciplinaire HoPE est rassemblée autour du concept-clé de navigation et est composée d'infirmières « navigatrices », de professionnels de différentes professions provenant de services de la 1^{re} et 2^e lignes ainsi que d'un pédopsychiatre.

Avec l'ajout d'une infirmière navigatrice à l'équipe interdisciplinaire, le nombre de familles sous surveillance clinique est passé de 88 en 2016-2017 à 136 en mars 2018. Parmi ces 136 familles, 259 patients adultes et 72 jeunes sont à risque, en suivi sans diagnostic. Le taux de satisfaction des familles suivies est passé de 92 % à 94 % en 2018.

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. Au cours de l'année, les activités de la direction ont permis de relever de façon significative la qualité des soins infirmiers ainsi que d'harmoniser et de consolider l'offre de service.

3.2.7.1 SOUTIEN PROFESSIONNEL ET DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES

Processus de communication

- Création d'une ligne de communication directe s'adressant au personnel infirmier par la diffusion de l'infolettre-DSI hebdomadaire dans l'intranet du CIUSSS. Elle transmet les informations essentielles ainsi que les plus récents outils cliniques et directives.

Formation de 25 heures des infirmières techniciennes sur l'examen physique et mental

- La cible ministérielle pour le 1^{er} avril 2018 a été atteinte avec la formation de 50 % des infirmières techniciennes. Pour ce faire, treize coaches ont été formés sur tout le territoire. Un plan de formation a été développé pour respecter l'orientation ministérielle de former toutes les infirmières techniciennes.

Encadrement et soutien clinique

- Mise en place d'un processus d'orientation à la pratique infirmière par une formation de 10 heures offerte à toute infirmière et infirmière auxiliaire nouvellement embauchée. Près de 450 d'entre elles ont suivi cette formation. Un processus d'orientation (3,5 heures) a également été développé pour les préposés aux bénéficiaires.
- Programme de préceptorat attaché à ce processus qui a permis, d'avril à décembre 2017, d'accompagner systématiquement 430 nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires. Le programme harmonisé a été adopté en mars 2018, à la suite d'une recommandation du CECII. Ces deux actions sont reconnues comme étant des facteurs favorisant la fidélisation du personnel.
- Élaboration d'un cadre de référence sur l'évaluation de la pratique, en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires et la Direction des ressources humaines et des communications. Le cadre permet d'harmoniser les pratiques de soutien du personnel qui n'applique pas la pratique attendue (manquement clinique).

Soins de plaies et de peau

- Adoption du programme interprofessionnel de prévention et de soins de la peau et des plaies ; formation « Soins de plaies de base » pour toutes les infirmières des secteurs concernés et formation « Soins de plaies avancée » offerte aux infirmières ressources en soins de plaies. Plus de 125 infirmières ressources sont réparties sur tout le territoire.
- Mise en place de la téléassistance permettant au conseiller en soins de plaies d'accompagner à distance les infirmières dans les situations complexes.

Mesures de contrôle et surveillance constante

- Adoption d'un protocole relatif aux mesures de contrôle et aux balises entourant la contention par substance chimique. De ce protocole découleront des procédures spécifiques à chacune des clientèles visées.
- Mise en place du projet pilote portant sur la surveillance constante dans toutes les unités de la Direction des programmes Santé mentale et Dépendances (à l'IUSMQ), à l'unité de courte durée de l'Hôpital de La Malbaie et au CHSLD Sainte-Anne-de-Beaupré. Les indicateurs démontrent une diminution significative de l'utilisation de cette mesure, principalement à l'IUSMQ.

Prévention et contrôle des infections

- Actualisation d'un processus d'audit démontrant l'intégration de la prévention et du contrôle des infections dans la pratique. Rapport très positif de l'inspectrice de l'OIIQ suivant la visite d'inspection professionnelle des infirmières du CHSLD Saint-Augustin.
- Application du programme de prévention et contrôle des infections et du devis en prévention des infections pour tous les secteurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale lors de travaux de construction, en collaboration avec la Direction de services techniques.
- Implantation d'une offre de service en prévention et en contrôle des infections adaptée aux différentes missions de l'organisation.

Projet en soins infirmiers

- Télésoins à domicile : projet ancré dans tous les secteurs du programme de soutien à domicile et dans les GMF de la Capitale-Nationale pour la prise en charge de la clientèle atteinte de la maladie pulmonaire obstructive chronique, de diabète ou d'hypertension artérielle. Les télésoins favorisent l'autogestion de la maladie par l'utilisateur ou par son proche.
- Projet Archimède : mise en œuvre du projet Archimède au GMF Saint-Vallier par l'intégration d'une équipe interdisciplinaire qui inclut : infirmière clinicienne, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, nutritionniste, kinésiologue, physiothérapeute, inhalothérapeute et psychologue.
- Maison Lémerville Suzanne-Vachon : élaboration et mise en place de la structure clinique en vue de l'ouverture de la maison de répit et de soins palliatifs pédiatriques. Au cœur de cette installation unique, les infirmières d'un milieu de soins tertiaire et communautaire uniront leur expertise pour offrir aux enfants polyhandicapés ou à ceux qui nécessitent des soins palliatifs, ainsi qu'à leur famille, des soins spécialisés en communauté et avoir accès à des séjours de répit dans une ambiance familiale.
- Constat de décès à domicile : mise en place d'une entente interétablissements qui permet à l'infirmière de procéder au constat de décès à distance pour la clientèle du soutien à domicile.
- Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne en CHSLD : intégration au CHSLD Saint-Antoine par l'adhésion au projet Vitrine (six établissements au Québec). Cette expérience est positive à tous les niveaux et nécessaire dans le contexte actuel de découverte médicale en CHSLD.

3.2.7.2 SERVICES DE SANTÉ GÉNÉRAUX

Campagne de vaccination massive contre la grippe

- Près de 59 000 doses de vaccins ont été administrées dans le cadre de 73 séances de vaccination antigrippale pour l'ensemble du territoire. Contribution des directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale au regard des ressources humaines et collaboration des partenaires, des bénévoles et du personnel retraité.

Soins infirmiers courants

- Amélioration de l'offre de service des soins infirmiers courants grâce à un accès avec rendez-vous, ce qui a eu pour effet de diminuer le temps d'attente de la clientèle et une utilisation plus efficiente des ressources de soins infirmiers.

Info-Santé/Centre antipoison du Québec

- Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017, le nombre d'appels répondus par le service Info-Santé est de 208 590 et de 48 912 pour le Centre antipoison.
- Projet Antidotes en cours : création d'une application mobile du carnet des antidotes.
- Vigie des surdoses aux opioïdes : données acheminées périodiquement à l'Institut national de santé publique du Québec.
- Participation au développement du système canadien de surveillance de l'information sur les poisons.

3.2.7.3 COORDINATION D'ACTIVITÉS

- Prise en charge des déclarations d'absence ponctuelle des secteurs de CSSS Vieille-Capitale, de Portneuf (sauf SAPA) et du CRDI.
- Mise en place d'un numéro sans frais et d'une centrale d'appel avec numéro unique pour joindre tous les secteurs de la coordination d'activités.
- Révision et intégration d'un nouvel outil de plan de contingence implanté en santé mentale et dans les installations du CRDIQ et partiellement au Jeffery Hale Saint Brigid's (SAPA).

3.2.8 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

3.2.8.1 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Formations destinées aux techniciens ambulanciers-paramédics (TAP)

Les services préhospitaliers d'urgence (SPU) du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui relèvent de la Direction des services professionnels (DSP) exécutent

divers mandats, dont celui d'évaluer la qualité des interventions préhospitalières effectuées par les TAP ainsi que d'assurer le maintien et l'acquisition de nouvelles compétences par ceux-ci. Présentement, les TAP de la région reçoivent de l'équipe de paramédics-instructeurs du CIUSSS, une formation sur l'utilisation d'un nouveau moniteur défibrillateur semi-automatique ainsi qu'une mise à jour des protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics.

Trajectoires préhospitalières

En collaboration avec différents intervenants du réseau de la santé, les TAP sont appelés à jouer un rôle sur les trajectoires de soins. À cet égard, l'équipe des SPU du CIUSSS de la Capitale-Nationale contribue à l'amélioration continue de ces trajectoires afin d'optimiser les soins qui seront prodigués aux patients. À titre d'exemple, depuis le 5 février dernier, les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral accèdent plus rapidement aux spécialistes en mesure d'évaluer leur admissibilité à un nouveau traitement de réperfusion cérébrale.

Premiers répondants et réanimation cardiorespiratoire (RCR)

Les SPU s'assurent de la gestion et de la qualité de la pratique d'un autre groupe d'intervenants faisant partie de la chaîne des services préhospitaliers d'urgence : les premiers répondants. Tout comme pour les TAP, ils sont tenus de respecter des protocoles d'intervention clinique et sont soumis à un encadrement médical régional. Actuellement, il y a 10 services de premiers répondants qui sont majoritairement localisés dans les secteurs ruraux de la Capitale-Nationale. Le dernier service à avoir été implanté est situé à L'Isle-aux-Coudres.

Par ailleurs, les SPU ont contribué à des événements spéciaux, tels que la campagne Reste en vie, où les citoyens étaient conviés à suivre des formations en RCR et sur la défibrillation externe automatisée (DEA). Ces formations ont été données gratuitement par des paramédics-instructeurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui ont le mandat de former en RCR et DEA tous les employés de l'établissement.

L'avenir des SPU

Les SPU sont un maillon essentiel de l'accessibilité aux services de santé. En partenariat avec la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU), les SPU souhaitent favoriser l'intégration des TAP dans les trajectoires de première ligne afin de mieux répondre aux besoins de la population. Voici le bilan des heures de formation offertes par le centre de formation paramédical pour l'année 2017-2018 :

- Formation en RCR : 372 heures
- Formation aux premiers répondants : 534 heures
- Formation aux TAP : 2 750 heures

3.2.8.2 SERVICES SPÉCIALISÉS ET SERVICES DIAGNOSTIQUES

La réorganisation des services spécialisés et des services diagnostiques, entérinée par le conseil d'administration le 16 mai 2017, a été amorcée dans plusieurs installations. Elle a notamment entraîné la signature de l'entente 108 qui vise l'accessibilité et la qualité des services avec nos partenaires du CHU de Québec – Université Laval et de l'IUCPQ – Université Laval par les spécialités suivantes :

- Radiologie diagnostique : IUCPQ – Université Laval
- Anesthésiologie : IUSMQ
- Cardiologie : CHU de Québec – Université Laval
- Urologie : CHU de Québec – Université Laval
- Gynécologie : CHU de Québec – Université Laval

Des discussions sont en cours pour les spécialités suivantes :

- Gastroentérologie : CHU de Québec – Université Laval
- Pneumologie : IUCPQ – Université Laval
- Neurologie : CHU de Québec – Université Laval
- Néphrologie : CHU de Québec – Université Laval

Dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, les travaux entrepris pour le rehaussement des unités endoscopiques visant l'optimisation de la pratique de la coloscopie ont grandement avancé. Les principales réalisations dans ce dossier sont :

- la centralisation de trois unités endoscopiques en une seule pour le territoire de Québec ;
- la formation du personnel ;
- la rédaction et l'application du guide d'enseignement à l'utilisateur et à ses proches ;
- l'algorithme de prise en charge de la clientèle ;
- l'élaboration d'une procédure pour le retraitement des dispositifs médicaux et des audits au regard des soins et du contrôle des infections.

Les démarches pour l'élaboration des plans de l'unité d'endoscopie du CLSC des Rivières et du Centre d'hébergement Christ-Roi sont très avancées. La Direction des services professionnels peut compter sur la collaboration de plusieurs directions et médecins à la réalisation de ce projet ministériel prioritaire.

La phase deux, qui était prévue à l'automne 2017 pour l'accès priorisé aux services spécialisés et au centre de répartition des demandes de services (CRDS), a été reportée en septembre 2018 par le MSSS. Cependant, différents travaux ont été réalisés dans ce dossier afin d'améliorer le processus. De plus, le CRDS a géré en 2017-2018 plus de 37 600 rendez-vous. Ce dossier, également prioritaire pour le MSSS, vise à améliorer et à

faciliter le processus d'orientation des usagers et du suivi des demandes de consultation, afin d'assurer un accès à des services spécialisés dans les délais requis.

L'ouverture de six postes d'hémodialyse au sein de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul, le 4 avril 2018, a nécessité des travaux de préparation majeurs en 2017-2018. La collaboration du personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CHU de Québec – Université Laval a permis d'atteindre cet objectif.

3.2.8.3 URGENCES

En 2017-2018 la direction a réussi à réunir les sept urgences du CIUSSS de la Capitale-Nationale en un service d'urgence harmonisé et standardisé, et ce, selon les meilleures pratiques :

- Actualisation et élaboration du protocole de prise en charge régionale de patients ;
- Formation intensifiée pour le personnel afin de continuer à offrir des soins de qualité et sécuritaires ;
- Élaboration d'un protocole d'arrivée massive de blessés, conformément aux pratiques de sécurité civile ;
- Leadership de cogestion qui favorise la réalisation d'un travail et une mobilisation des équipes médicales pour atteindre les meilleurs standards.

3.2.8.4 GOUVERNE MÉDICALE

L'adoption et l'entrée en vigueur de la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux le 10 novembre 2017, ont mobilisé le CMDP et la DSP pour rendre l'émission et le renouvellement des privilèges des membres du CMDP de notre établissement, conformes aux nouvelles exigences.

En collaboration étroite avec la Direction des affaires juridiques et institutionnelles, le libellé des résolutions a été adapté, dans un premier temps, aux nouvelles exigences en matière d'engagement des médecins de famille et des spécialistes. Peu de temps après l'entrée en vigueur de la loi, la direction a dû reprendre complètement le processus pour, cette fois, s'ajuster aux négociations intervenues entre le gouvernement et les fédérations qui ont déposé un moratoire. L'objectif des renouvellements ou des prolongations des privilèges pour le 10 mai 2018 a été respecté, malgré tout. La loi a aussi introduit l'obligation pour les établissements de rédiger un protocole d'application de la P-38, en conformité avec les nouvelles dispositions de la LSSSS ; les travaux pour y arriver sont en cours.

En outre, la loi a aussi significativement modifié le plan d'organisation clinique de telle sorte que certains départements, comme ceux de la gériatrie et de la

psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence devront être respectivement regroupés avec le département de psychiatrie et celui de la médecine spécialisée. Un projet qui se veut conforme a été soumis au MSSS pour approbation.

3.2.9 DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES

La Direction des services multidisciplinaires (DSM) a poursuivi, dans la dernière année, ses travaux pour la mise en œuvre du projet d'accès intégré et harmonisé au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale, en conformité avec les orientations ministérielles. L'intention étant d'améliorer l'accessibilité aux soins et aux services de proximité, la direction a consolidé l'offre du service Info-Social de même que renforcé les pratiques de consultation sociale des professionnels, tant en GMF qu'en CLSC. Elle a procédé aussi à la mise à l'essai d'une équipe consacrée à l'accès, qui visait à remplacer et à rehausser le fonctionnement des mécanismes de guichets pour assurer une meilleure fluidité au parcours de l'utilisateur. De plus, elle s'est inscrite en cohérence avec les orientations du MSSS concernant les niveaux de soins alternatifs (NSA) et, dans cette perspective, elle s'est vue confier la responsabilité :

- de la révision des services de liaison en milieu hospitaliers ;
- de la mise en place des équipes d'organisation de soins et services (ÉOSS) actuellement en expérimentation à l'IUCPQ – Université Laval ;
- de la planification d'un développement de même ordre au CHU de Québec – Université Laval et dans les urgences du CIUSSS dans la prochaine année.

À cela s'ajoutent l'offre de service de consultation psychologique en GMF et le plan de mise en place des services psychosociaux en contexte de sinistre et de situation d'urgence. Dans le cadre de la sécurité civile, plus spécifiquement, la direction s'est investie au cours des derniers mois dans la consolidation du volet d'intervention psychosociale par le biais des travaux préparatoires au Sommet du G7. Enfin, une politique et une procédure pour le code blanc en mesures d'urgence ont été élaborées.

L'équipe des archives a travaillé à :

- normaliser plusieurs pratiques par le biais d'une politique et de procédures relatives à la protection des renseignements personnels ;
- à la tenue du dossier de l'utilisateur et au maintien d'un dossier complet ;
- aux règles d'accès à l'information clinique et aux autorisations préalables ;

- à l'élaboration du plan de classification et du calendrier de conservation dans le cadre de la gestion documentaire ;
- au pilotage des systèmes d'information clientèle.

Actuellement, l'équipe travaille au déploiement du dossier clinique informatisé (DCI) au sein du nouvel hôpital de Baie-Saint-Paul. De concert avec la Direction des ressources informationnelles, la DSM implantera le DCI dans l'ensemble des directions cliniques du CIUSSS.

Le développement et la qualité des pratiques professionnelles est une autre responsabilité de la DSM qui assume un rôle transversal auprès des directions-programmes du CIUSSS. Dans le cadre de sa mission de soutien aux pratiques professionnelles, la DSM a pour principal mandat de définir des standards de pratique clinique, de s'assurer de l'application des normes professionnelles et de l'adaptation des processus qui en découlent, puis de soutenir le développement des compétences dans l'objectif d'une offre de soins et de services basés sur des pratiques cliniques adaptées, interprofessionnelles, performantes, sécuritaires et de qualité. La DSM travaille en étroite collaboration avec le conseil multidisciplinaire en soutien à plus de 4 700 professionnels couvrant plus de 60 titres d'emploi.

Plusieurs dossiers de développement de pratiques sont en cours, en collaboration avec les directions-programmes et le soutien de l'établissement, en voici quelques exemples :

- La mise en place des structures et des plans de travail en prévention des chutes et du suicide ;
- La production de documents de soutien à l'intention des gestionnaires portant sur les processus, les rôles et les responsabilités au regard des évaluations de pratique et des ordres professionnels ;
- Le développement d'un modèle de pratique en prévention de la radicalisation et de la polarisation sociale (en collaboration avec le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal) ;
- Le soutien au développement et à l'implantation d'une approche de proximité ;
- Plusieurs contributions en collaboration avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ) au regard de démarches d'intensification de services, de gestion des risques ou d'évaluation de la qualité ;
- La mise en place de la structure de soutien clinique, en collaboration avec toutes les directions-programmes ;
- L'élaboration de normes et de standards de pratique en travail social en CLSC, et en GMF à pour le programme de soutien à domicile de la

Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) et la diffusion d'un cadre de référence en psychoéducation au sein de tous les programmes ;

- La production d'un cadre de référence pour l'évaluation de la pratique professionnelle, réalisée en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et la Direction des ressources humaines et des communications.

La DSM a aussi sous sa responsabilité des secteurs d'activités spécifiques, notamment :

- Les services de bénévolat ;

Cette offre de service a été formalisée auprès des directions programmes au cours de la dernière année. Elle est actuellement en implantation sur l'ensemble du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale, de Portneuf à Charlevoix ;

- Les soins spirituels ;

Bien qu'ils soient offerts par le Centre Spiritualité Santé, la DSM a toutefois la responsabilité de convenir de l'offre de service et de soutenir le développement de celle-ci au sein de l'établissement. Elle offre également son soutien au rayonnement de l'expertise de ce centre spécialisé ;

- Les activités du Bureau du majeur inapte ;

Elles consistent à former et à soutenir les intervenants pivots des programmes cliniques pour les clientèles inaptes, à assurer le suivi requis dans les situations complexes de même qu'à formaliser les procédures et les trajectoires de services associées ;

- Le soutien aux trajectoires des cas complexes interdirections ;

Il se traduit par des démarches de concertation afin que des soins et des services adaptés soient assurés aux usagers ;

- La codirection, avec l'Université Laval, du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles (RCPI) ;

Ce centre d'expertise a pour mission de soutenir le développement de la collaboration interprofessionnelle dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

La DSM s'implique également dans les travaux portés par la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires en ce qui a trait à l'enseignement aux stagiaires et au développement de pratiques novatrices. Elle collabore aussi à la mission de la Direction de la recherche en appuyant la réalisation de projets de recherche dans l'établissement.

La DSM contribue de manière importante et soutenue aux travaux ministériels du chantier prioritaire de l'amélioration de l'accès aux services de proximité à titre d'institut universitaire de première ligne, en collaboration avec le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, notamment par :

- le soutien à l'intégration des travailleurs sociaux en GMF via une communauté de pratique ;
- la réalisation d'un guide d'intégration pour les travailleurs sociaux en GMF ;
- le soutien aux établissements dans l'appropriation de l'approche de collaboration interprofessionnelle par les activités du RCPI ;
- sa participation aux divers comités et groupes de travail liés aux orientations ministérielles sur l'accès.

3.2.9.1 PRIORITÉS POUR LA PROCHAINE ANNÉE

- En collaboration avec l'ensemble des directions-programmes, consolider les acquis et poursuivre les travaux liés au développement d'un accès intégré et harmonisé. Ce dernier inclut la mise en place de trajectoires de services assurant à l'utilisateur un parcours fluide, sans retour en arrière, ni double évaluation ou transfert et dans le cadre duquel on donne le bon service, au bon moment et par le bon professionnel.
- Poursuivre le projet ÉOSS à l'IUCPQ – Université Laval et amorcer celui prévu avec le CHU de Québec – Université Laval.
- Maintenir la cadence concernant l'implantation du DCI.
- Assurer le soutien au développement des pratiques professionnelles en s'appuyant sur les dossiers prioritaires de pertinence et de performance cliniques retenus, en partenariat avec les directions-programmes.
- Poursuivre sa contribution à l'actualisation de la structure de soutien clinique du CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Promouvoir et soutenir la valorisation de la collaboration interprofessionnelle dans l'ensemble des directions-programmes.
- Déployer des salles de pilotage tactiques de direction et de directions adjointes.

3.2.10 DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES

La Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU) comprend deux volets : offrir des soins et des services cliniques dans les groupes de

médecine de famille universitaires (GMF-U) ; développer les dimensions de la mission universitaire placées sous sa responsabilité en soutenant les directions dans leurs obligations en matière universitaire, et ce, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts à la clientèle. Avec l'étroite collaboration de la Direction de la recherche, la DEAU est aussi responsable du processus de renouvellement des désignations universitaires de l'établissement, soit la déficience physique, la jeunesse, la première ligne et la santé mentale.

3.2.10.1 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. Voici le portrait des GMF-U de l'établissement :

- Trois GMF-U à 15 000 inscriptions et plus ;
- Deux GMF-U à 12 000 inscriptions et plus ;
- Près de 175 000 visites par an dans les cinq GMF-U ;
- Un taux d'assiduité supérieur à 80 % pour les cinq GMF-U ;
- Formation de plus de 200 résidents en médecine familiale.

3.2.10.2 ENSEIGNEMENT ET AFFAIRES UNIVERSITAIRES

- Reconduction de la désignation universitaire du secteur jeunesse à la suite de l'évaluation mi-parcours par le MSSS.
- Préparation de la visite mi-parcours du MSSS et des Fonds de recherche du Québec pour la désignation universitaire du secteur de première ligne en santé et services sociaux.
- Collaboration avec les autres établissements ayant des désignations universitaires.
- Implication dans des travaux associés aux priorités du RUIS-Laval.
- Animation de la structure de gouvernance de la mission universitaire avec les directions cliniques porteuses des désignations universitaires.
- Réalisations de mandats nationaux en lien avec le chantier prioritaire de l'accès du MSSS, en collaboration avec la DSM.
- Traitement de 72 demandes par le Bureau d'innovation et de gestion des connaissances en soutien aux directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

- Lancement du programme de soutien financier en enseignement.
- Gestion de 4500 stages pluridisciplinaires, dans 50 disciplines différentes pour un total de 65 000 jours-stages aux niveaux secondaire, collégial et universitaire.
- Gestion de 27 435 jours-stages liés à l'enseignement médical.
- Actualisation du rôle d'agent payeur pour les programmes de résidence en psychiatrie et en gériatrie.
- Douze projets d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) en cours pour soutenir la prise de décision.
- Traitement de 2113 prêts de documents, de 8527 prêts d'articles et de 296 recherches documentaires.
- Dix pratiques de pointe en cours pour soutenir les directions cliniques dans le développement d'innovations.
- Réalisation de 48 formations réseau pour un total de 578 participants.
- Réalisation de 44 activités de rayonnement totalisant 3155 participants.
- Production de 115 produits de valorisation liés aux désignations universitaires.
- Traitement de 1282 demandes par les services de l'audiovisuel.

3.2.11 DIRECTION DE LA RECHERCHE

La Direction de la recherche comporte quatre centres de recherche :

- Le Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) ;
- Le Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL) ;
- Le Centre de recherche CERVO ;
- Le Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF).

Elle représente près de 35 000 000 \$ en financements externes (subventions et bourses de recherche) excluant les projets d'infrastructure. Elle regroupe :

- 297 chercheurs ;
- 712 étudiants de 2^e et 3^e cycles, et stagiaires post-doctorat ;
- 189 professionnels de recherche.

Réalisations

- Le Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL) a reçu, en février 2018, la visite du MSSS ainsi que des Fonds de recherche du Québec en santé (FRQ-S et FRQ-Sc) à l'occasion de la rencontre mi-parcours de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS). Les commentaires reçus concernant l'Institut et son centre de recherche furent très favorables. Les présentations ont permis de démontrer l'intégration des volets « santé » et « social » des activités de recherche et, plus largement, de la mission universitaire au regard des soins et des services de première ligne.
- Le Centre de recherche CERVO a procédé au renouvellement de la subvention régulière des centres du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S).
- Le Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF) a participé au renouvellement de la désignation universitaire dans le domaine des jeunes en difficulté. Le maintien de cette désignation permet ainsi au CIUSSS de la Capitale-Nationale d'accroître son leadership pour mobiliser les forces vives de la recherche au profit du développement des pratiques et de l'organisation des services aux jeunes et à leur famille.

L'ensemble de ces démarches permet au CIUSSS de la Capitale-Nationale de maintenir et d'accroître son leadership en recherche, et ce, au profit de l'organisation et des services offerts à la population.

3.2.11.1 CENTRE INTERDISCIPLINAIRE DE RECHERCHE EN RÉADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE (CIRRIS)

Le CIRRIS a pour mission de contribuer au développement et à la diffusion des connaissances dans les domaines de l'adaptation, et de la réadaptation et du soutien à l'intégration sociale. Cette mission est actualisée par des activités de recherche sur les déterminants personnels (déficiences et incapacités) et environnementaux (obstacles et facilitateurs) qui influencent la participation sociale des personnes ayant une déficience physique. Elle est axée sur des approches interdisciplinaires et intersectorielles qui permettent l'étude de problématiques complexes par une intégration de la recherche biomédicale et sociale.

Réalisations

- Journée scientifique du CINQ, le 9 juin 2017 sous le thème « La neuroimagerie, les neurosciences

cognitives et la neuropsychologie vous intéressent ? » Présence de conférencières de renom, la Dre Kate Watkins, Université d'Oxford et la Dre Maryse Lassonde, directrice scientifique du FRQ-NT et présidente de la Société royale du Canada. Plus de 70 personnes ont assisté à cette journée.

- École d'été « Mobilité en milieu urbain : une approche systémique axée sur la personne et son environnement », a été réalisée dans le cadre de l'alliance stratégique ABL Innovation (Alliance Bordeaux-Laval). Elle a permis aux 60 étudiants et 20 chercheurs de Québec et de Bordeaux d'avoir une meilleure compréhension des approches d'intervention qui font appel à un système complexe d'interactions entre les caractéristiques de la personne et de son environnement.
- Deux symposiums ont été organisés en partenariat avec la France :
 - « La mobilité sous toutes ses formes au service des collectivités et des citoyens », plus de 65 participants étaient présents ;
 - « Intégration multimodale dans la représentation du corps, de l'espace et d'agents intentionnels – implications pour l'utilisation thérapeutique de la réalité virtuelle », plus de 50 participants étaient présents.
- Le CIRRIS a accueilli M. Martin Simoneau comme nouveau chercheur régulier.

Prix et distinctions de nos chercheurs

- **Alexandre Campeau-Lecours** : nommé professeur étoile pour la qualité de son enseignement par l'Université Laval.
- **Audette Sylvestre** : prix Jacques-LeBlanc de l'Association des chercheuses et chercheurs étudiant à la Faculté de médecine de l'Université Laval.
- **Bradford McFadyen** : prix de reconnaissance volet chercheur 2017 du Réseau provincial de recherche en adaptation – réadaptation et le Prix 2017 *Research Fellow* par l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans.
- **Carol L. Richards** : nommée docteur honoris causa de l'université de Dalhousie.

3.2.11.2 CENTRE DE RECHERCHE SUR LES SOINS ET LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL (CERSSPL-UL)

Le 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, et de soutenir la transformation et l'optimisation des pratiques et des modes d'organisation de première ligne, au bénéfice de la population.

Réalisations

- Une entente a été signée entre le Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval et le CIUSSS de la Capitale-Nationale afin de transférer les activités de recherche et les chercheurs travaillant sur l'application des connaissances et l'engagement des patients.
- Journée d'étude pour un consensus canadien sur les outils d'aide à la décision partagée de faire une tomodensitométrie cérébrale : consensus pancanadien et prototypage rapide soutenu par un panel d'experts (25 mai 2017). Elle a été organisée par le Dr Patrick Archambault et ses collègues.
- La Dre France Légaré a participé à l'organisation de l'événement scientifique annuel de KT Canada, un événement d'envergure, qui portait cette année sur le transfert des connaissances de première ligne (15 et 16 juin 2017).
- Symposium « Exercer un travail émotionnellement exigeant : enjeux et pistes de solution », organisé par Andrew Freeman et Nancy Côté, en collaboration avec divers partenaires, dont le CISSS de Chaudière-Appalaches. Il a été réalisé à la suite d'un projet de recherche interventionnelle participative ayant permis la mise en œuvre de cinq projets spécifiques liés aux enjeux identifiés.
- Le CERSSPL-UL a connu une année exceptionnelle de recrutement avec sept nouveaux chercheurs réguliers : Anne Guichard, Frédéric Douville, Geneviève Roch, Line Guénette, Lynn Gauthier, Nathalie Le Sage et Slim Haddad.

Prix et distinctions de nos chercheurs

- **Dre France Légaré** : nommée au palmarès du *World's Most Influential Scientific Minds* dressé par la société d'information stratégique *Thomson Reuters IP & Science*. Elle fait partie du premier 1 % parmi plus de 3 300 scientifiques dont les travaux sont les plus fréquemment cités par ses collègues du monde entier.
- **Annie LeBlanc** : nommée directrice intérimaire de la composante Renforcement des capacités et développement professionnel de l'Unité de SOUTIEN-SRAP du Québec.
- **Emmanuelle Careau** : élue à titre de vice-doyenne à la responsabilité sociale de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

3.2.11.3 CENTRE DE RECHERCHE CERVO

Le Centre de recherche CERVO se consacre exclusivement à l'étude des neurosciences et de la santé mentale. Sa mission est 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 et par l'arrimage continu entre la recherche fondamentale et la recherche clinique.

Réalisations

- Pascale Tremblay, Charles Morin et Yves De Koninck ont contribué à la création de l'exposition « Cerveau à la folie » au Musée de la civilisation de Québec qui s'est tenue du 15 juin 2017 au 11 mars 2018. Cette exposition, qui se veut une incursion au cœur de cet organe fascinant et unique, capable des prouesses les plus extraordinaires et des détours les plus sombres, s'est avérée une vitrine exceptionnelle pour le rayonnement du centre de recherche.
- De nombreux dignitaires ont pris part aux célébrations du 30^e anniversaire du Centre de recherche CERVO, dont le ministre de la Santé et des services sociaux, M. Gaétan Barrette et le scientifique en chef du Québec, M. Rémi Quirion. Un symposium scientifique international (5 octobre), regroupant des chercheurs internationaux de renom, dont le président de la *Society for Neuroscience*, Éric Nestler, ainsi que Sandra Black, Anthony Phillips, Brigitte Kieffer, Peter Szatmari, Sam Weiss et le président de l'*International Brain Research Organisation*, Pierre Magistretti, complétait les festivités.
- Pour une 11^e année, le centre de recherche a tenu son école d'été « Aux frontières de la neurophotonique ». Cet événement annuel soutenu par *Brain Canada* et organisé par le centre de neurophotonique regroupe 20 étudiants provenant de cinq pays différents. Les participants ont l'opportunité de rencontrer 14 chercheurs de renommée mondiale afin d'apprendre et de discuter des dernières avancées portant sur l'imagerie optique des cellules vivantes.
- Simon Duchesne a organisé le congrès de la société *Medical Image Computing and Computer Assisted Intervention Society* à Québec. Ce congrès international regroupait 1 300 participants provenant des mondes académiques et industriels de plus de 30 pays.
- Quelques-unes des sommités mondiales de la recherche sur la sclérose latérale amyotrophique (SLA) ont présenté leurs travaux à l'occasion du 13^e Symposium annuel de la Fondation André-

Delambre sur la SLA (15 et 16 septembre), organisé par Jean-Pierre Julien et Jasna Kriz.

- Le Centre de recherche CERVO a connu une année exceptionnelle de recrutement avec l'arrivée de trois jeunes chercheurs prometteurs qui ont tous obtenu leur bourse salariale du FRQS : Benoit Labonté, Caroline Ménard et Christophe Proulx.

Prix et distinctions de nos chercheurs

- **André Parent** : décoré de la médaille Gloire de l'Escolle, remise aux grands diplômés de l'Université Laval pour leur contribution à la société et l'envergure de leur carrière ; nommé Officier de l'Ordre du Canada par la gouverneure générale du Canada.
- **Caroline Ménard** : élue personnalité de la semaine par *La Presse* pour ses travaux.
- **Gabriel Gagnon-Turcotte** (étudiant au doctorat) : prix spécial du jury de la bourse d'excellence aux études supérieures de l'Ordre des ingénieurs du Québec.
- **Yves De Koninck** : prix de la carrière distinguée par la Société canadienne de la douleur.

3.2.11.4 CENTRE DE RECHERCHE UNIVERSITAIRE SUR LES JEUNES ET LES FAMILLES (CRUJEF)

Le CRUJeF effectue des travaux de recherche qui ont pour objectif de développer des connaissances sur les jeunes en difficulté et sur leur famille afin d'améliorer les services qui leur sont offerts. La programmation de recherche s'articule autour du bien-être et du développement optimal des jeunes et des familles, plus spécialement ceux nécessitant des services sociaux de proximité ou spécialisés.

Réalisations

- Le 13 juin 2017, le conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale a adopté la demande de changement de nom de l'Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec (IUCJQ). La nouvelle dénomination, Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF), est le fruit d'une consultation réalisée auprès de l'ensemble des membres du centre de recherche. Ce nouveau nom représente davantage le mandat de soutien et de collaboration du centre au développement et à la réalisation de recherches fondamentales et appliquées sur les jeunes et les familles.
- C'est sur le thème « La prévention de la maltraitance et la réadaptation en matière de santé mentale des jeunes » qu'ont eu lieu, les 13 et 14 juin 2017, les 15^{es} Journées annuelles de la recherche du CRUJeF. Cette activité, qui résulte

d'une collaboration avec la chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, la chaire Richelieu de recherche sur la jeunesse, l'enfance et la famille et le Réseau universitaire intégré jeunesse (RUIJ) a attiré quelques 300 participants.

- Le CRUJeF a accueilli quatre nouveaux chercheurs : Isabelle Denis, Célia Matte Gagné, Diane St-Laurent et Évelyne Touchette.

Prix et distinctions de nos chercheurs

- **Jean-Pascal Lemelin** : nommé vice-recteur adjoint à la recherche et aux études supérieures de l'Université de Sherbrooke.
- **Tristan Milot** : élu à la direction du Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDF) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

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

Le Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique (BPUE) a développé divers outils et documents synthèses pour actualiser les activités liées à ses quatre composantes.

Afin d'assurer la mise en place des meilleures pratiques dans chacune, le BPUE collabore avec des chercheurs de la Faculté de médecine de l'Université Laval, du Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval et du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles. Le BPUE participe aussi à la communauté de pratique sur l'expérience patient, animée par des chercheurs de l'Université de Montréal.

La composante usager partenaire

Le BPUE a reçu, au cours de l'année, 84 demandes pour impliquer des usagers partenaires dans des projets organisationnels de nature tactique ou stratégique. Au total, 101 usagers partenaires ont contribué, par le partage de leur savoir expérientiel, à l'organisation des soins et des services.

La composante expérience usager

Le BPUE a réalisé 65 demandes d'évaluation de l'expérience vécue des usagers au regard des soins et services reçus. De plus, le comité de travail sur les mesures d'évaluation de l'expérience vécue des usagers, composé, entre autres, de représentants de tous les comités des usagers, a travaillé cette année à l'élaboration

et à la validation de questionnaires d'évaluation des soins et des services. Ceux-ci seront disponibles au cours de l'année 2018-2019 et pourront être remplis par les clientèles hébergées et par toutes les clientèles recevant des services ambulatoires.

La composante soutien aux comités

Le BPUE soutient les comités des usagers et les comités de résidents dans l'actualisation de leurs mandats. Des membres des comités des usagers ou de résidents ont aussi été impliqués dans des comités chapeautés par le BPUE.

La composante éthique clinique et enseignement

Le BPUE a poursuivi l'implantation du modèle éthique en assurant la mise sur pied des différents comités consultatifs en éthique. Il a déposé au conseil d'administration en mai 2017 le cadre d'éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale et le Code d'éthique – Vos droits, nos engagements, en mars 2018.

3.2.12.2 COORDINATION DU SUIVI DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES, RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL, RÉSIDENCES PRIVÉES POUR ÂÎNÉS, RÉSIDENCES D'HÉBERGEMENT EN DÉPENDANCE

La tenue de plusieurs activités a permis d'améliorer le suivi de la qualité et de la gestion des ressources. Parmi celles-ci, la mise en place de l'outil de suivi des recommandations permet dorénavant d'assurer un suivi rigoureux de l'actualisation de l'ensemble des recommandations émises au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Un outil de suivi de la qualité a été élaboré et implanté afin d'appliquer le processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'utilisateur par l'établissement, par la ressource intermédiaire (RI) et par la ressource de type familial (RTF). Celui-ci permet d'harmoniser les pratiques et de s'assurer d'un suivi rigoureux, conforme aux balises du cadre de référence RI-RTF.

Par ailleurs, lorsque l'établissement est préoccupé de la qualité des services rendus aux usagers dans un milieu d'hébergement, il amorce une démarche d'intensification du suivi de la qualité. Cette démarche s'inscrit dans un processus d'amélioration continue visant la sécurité des personnes hébergées de même que la qualité des services rendus par l'établissement et par le milieu de vie.

Enfin, au cours de la dernière année, la direction a émis quatre attestations temporaires pour de nouvelles résidences de personnes âgées, a octroyé les sept premières certifications et renouvelé la certification de 43 résidences. De plus, elle a complété quatre cessions (vente d'une résidence privée pour aînés) à un autre exploitant et cinq cessations (fin des activités d'une RPA).

3.2.12.3 DIRECTION ADJOINTE DE LA QUALITÉ ET DE L'ÉVALUATION

La direction adjointe de la qualité et de l'évaluation est responsable d'assurer la coordination et le suivi des différents mécanismes d'assurance qualité tels que la gestion des risques, l'agrément, le Protecteur du citoyen et le coroner. Les informations touchant ces mécanismes se retrouvent à la section 5 du rapport annuel.

3.2.12.4 ÉQUIPE DE COORDINATION DE SÉCURITÉ CIVILE ET DES MESURES D'URGENCE

L'équipe de coordination de sécurité civile et des mesures d'urgence assure le leadership régional de la mission santé que lui a confié le ministre de la Santé et des Services sociaux. Son expertise a été mise à profit particulièrement cette année pour la coordination régionale de la planification du Sommet du G7 qui a nécessité des liens de partenariat rapproché avec différents acteurs dont le MSSS, le CHU de Québec – Université Laval, l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, l'Organisation régionale de sécurité civile, Santé Canada, la Ville de Québec, la Sureté du Québec, ainsi que plusieurs autres collaborateurs aux plans régional, provincial et canadien.

Dans une optique d'harmonisation des différents processus, l'équipe a adopté plusieurs politiques plus particulièrement en lien avec les codes bleu, rose, orange et blanc du programme opérationnel des mesures d'urgence. Une stratégie d'implantation de ces politiques sera mise en place au cours de la prochaine année.

3.2.12.5 SOUTIEN À L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE UNIVERSITAIRE DU QUÉBEC

L'entrée en vigueur du cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) le 1^{er} avril 2017 a conduit à l'intégration des agents d'amélioration continue de la qualité (ACQ) dans les 46 GMF-U du Québec. Ils agissent à titre de facilitateurs de la pratique dans les différents domaines d'activités des GMF-U et relèvent du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui s'est vu confier un mandat provincial de soutien et de coordination de ces agents, et ce, en collaboration avec les autres établissements.

3.2.12.6 UNITÉ DE GESTION ET DE SUIVI DE L'INFORMATION

L'unité de gestion et de suivi de l'information (UGSI) a pour mandat de favoriser la production et l'échange d'informations de gestion au sein de l'établissement. Plus d'une trentaine de projets ont été conduits cette année et au 31 mars, le guichet d'accès aux données de gestion avait répondu à 189 demandes.

Les activités de l'UGSI ont permis notamment la production périodique des tableaux de bord sur les activités du CIUSSS de la Capitale-Nationale déposés au conseil d'administration, ainsi que dans les différentes salles de pilotage. Parmi les autres projets réalisés, mentionnons :

- le lancement du processus d'assurance-qualité sur les unités de mesure des rapports financiers et statistiques de l'établissement ;
- l'analyse comparative des coûts unitaires par centre d'activité ;
- l'étude de l'impact des démences sur les soins et les services d'ici 2021 ;
- la coordination du processus des ententes de gestion et d'imputabilité.

3.2.12.7 ÉQUIPE DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PERFORMANCE

L'année a été marquée par l'implantation du système de gestion intégrée de l'amélioration continue de la performance dans les vitrines de onze directions. Une vitrine inclut la salle de pilotage de la direction, une salle de pilotage de direction adjointe ou de coordination et les caucus des équipes opérationnelles rattachées.

Les membres de l'équipe se sont mobilisés pour soutenir différents projets : le projet régional sur le niveau de soins alternatifs, le projet du mécanisme d'accès intégré et harmonisé, le projet du nouvel hôpital de Baie-Saint-Paul, ainsi que le projet sur le processus d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence.

De plus, l'équipe a dressé le portrait global de l'analyse de la performance financière et identifié les gains d'optimisation potentiels. Elle a aussi analysé les données opérationnelles et financières par centre d'activité et offert son soutien aux directions pour la réflexion sur l'identification des leviers d'optimisation.

Finalement, l'équipe d'amélioration continue de la performance a accompagné le comité de direction pour la production du bilan du plan d'action de la transformation 2016-2018 et amorcé les activités de soutien pour la démarche de réflexion stratégique sur la planification 2018-2020.

3.2.13 DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

3.2.13.1 HARMONISATION ET STANDARDISATION DES PROCESSUS

L'harmonisation et la standardisation des processus se sont poursuivies au cours de l'année au sein de la Direction des services techniques (DST), notamment dans les secteurs suivants :

- Hygiène et salubrité
Réalisation du projet d'harmonisation et de standardisation des façons de faire et début de la révision des routes de travail et de la répartition des ressources sur l'ensemble des installations ;
- Garde technique
Intégration et harmonisation des procédures d'intervention des employés de la DST en dehors des heures normales de travail ;
- Santé et sécurité au travail
Mise en œuvre d'un projet d'uniformisation des pratiques pour tous les ouvriers ;
- Programmes d'entretien préventif et des réparations
Mise en place d'un processus rigoureux de gestion des programmes pour maximiser la prestation de service et minimiser les coûts ;
- Équipements médicaux
Implantation d'un processus uniformisé pour l'acquisition, l'installation et l'entretien des équipements.

3.2.13.2 OPTIMISATION DES ESPACES

Les déménagements de certaines équipes de la Direction du programme Jeunesse dans l'édifice Sacré-Cœur et celui du programme de soutien à domicile du Mont-D'Youville dans le pavillon Arthur-Vallée marquent la fin du projet d'optimisation du parc immobilier qui a démarré à l'été 2015. Rappelons les objectifs de ce projet majeur :

- Diminuer les dépenses de location en maximisant l'utilisation des espaces disponibles dans les immeubles en propriété (plus de 2 millions \$/année) ;
- Améliorer les liens fonctionnels et favoriser le rapprochement des services complémentaires ;
- Regrouper physiquement les membres des équipes de tous les arrondissements et des municipalités régionales de comté afin d'offrir des services de proximité aux usagers ;
- Rendre disponibles les espaces requis afin de démarrer l'offre de nouveaux services.

3.2.13.3 PROJETS IMMOBILIERS

En collaboration avec les directions cliniques et celle de la recherche, la DST a développé des projets immobiliers majeurs pour lesquels le soutien gouvernemental a été obtenu ou est en voie de l'être. Mentionnons notamment le démarrage de l'agrandissement et du réaménagement de l'Hôpital régional de Portneuf pour y installer un tomodynamomètre, projet rendu possible grâce à la contribution financière de la Fondation des services santé et sociaux de Portneuf.

Outre les travaux requis dans le cadre de l'optimisation des espaces, des projets immobiliers d'importance stratégique ont été réalisés au cours de la dernière année, dont :

- Phase 1 des travaux prévus à l'Hôpital régional de Portneuf (réinstallation des soins palliatifs et des lits d'URFI et développement d'une unité de soins gériatriques postaigus) ;
- Quatre projets d'aménagement en soutien au développement du centre de recherche CERVO à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec ;
- Deux projets majeurs de rénovation des centres de production alimentaire à Québec ;
- Phase 1 des travaux à l'urgence de l'Hôpital Chauveau et du CLSC de la Jacques-Cartier – Loretteville (services courants).

Finalement, la construction du nouvel hôpital de Baie-Saint-Paul, qui abrite également un centre d'hébergement qui a été livré en juin 2017, progresse dans le respect des objectifs budgétaires et des échéanciers. La livraison de la phase 2, prévue pour le 23 septembre 2018, se terminera avec le déménagement des services hospitaliers dans le nouveau bâtiment.

Les préparatifs associés au déménagement du CLSC dans l'ancien centre d'hébergement Pierre-Dupré, en cours de rénovation, avancent également en conformité avec la planification établie. Le déménagement prévu dans la 3^e phase aura lieu le 23 septembre 2018.

3.2.14 DIRECTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

3.2.14.1 OPTIMISATION DES OPÉRATIONS

Au cours de la dernière année, plusieurs projets d'amélioration des opérations ont permis d'augmenter la qualité et la performance des services offerts par la Direction des ressources informationnelles (DRI). Parmi ces projets, ceux visant entre autres, l'automatisation des postes de travail, l'utilisation d'un seul outil de billetterie ainsi que l'ajustement des trajectoires des demandes de service et des demandes d'accès aux systèmes informatiques et de soutien aux utilisateurs ont été complétés.

Les résultats d'un récent sondage de satisfaction sur les services offerts ont démontré une amélioration de tous les aspects du service ; le niveau de satisfaction générale est passé de 61 % à 85 %. La garde informatique a été revue pour tenir compte du nouveau fonctionnement intégré de l'équipe et pour couvrir l'ensemble des infrastructures du CIUSSS de la Capitale-Nationale. En raison du nombre important d'obligations et de

demandes de projet tant de la part du MSSS que des directions de l'organisation, une gestion par portefeuille de projets a été mise en place. Grâce à celle-ci, la DRI, en collaboration avec les autres directions, a pu s'assurer que les projets mis de l'avant étaient les plus porteurs.

En cours d'année, l'enjeu quant à la rétention de l'expertise est devenu un élément préoccupant, dans un contexte où les conditions de travail au CIUSSS de la Capitale-Nationale présentent un écart important par rapport à celles du marché de l'emploi qui, lui, s'est ajusté pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre informatique qui secoue tous les secteurs d'activités.

3.2.14.2 PRINCIPALES RÉALISATIONS

La direction a contribué à la réalisation de projets organisationnels en assurant la mise en place des systèmes et des équipements informatiques et téléphoniques nécessaires. Les déplacements d'équipes se sont poursuivis pour compléter le regroupement des directions de l'organisation et l'optimisation des espaces immobiliers utilisés. Ainsi, plus de 2 000 employés ont été déplacés. Les principaux déménagements ont permis de regrouper tout le personnel du service de la paie des trois établissements de la région de la Capitale-Nationale, du centre de recherche de première ligne de la région et celui de la clinique TSO (traumatisme lié au stress opérationnel).

Par ailleurs, la DRI s'est investie dans des projets visant à améliorer la performance et l'offre de service de l'organisation. Parmi ceux-ci, notons :

- la phase 2 du projet CRDS (Centre de répartition des demandes de services) ;
- le déploiement du DCI Cristal Net (dossier clinique informatisé) dans la région de Charlevoix ;
- le déploiement d'un service de télésoins pour les patients souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique ;
- la finalisation et l'occupation du nouveau CHSLD de Baie-Saint-Paul ;
- le déploiement de l'intranet de l'organisation ;
- la consolidation des systèmes financiers et de gestion du matériel.

3.2.14.3 SÉCURITÉ DE L'INFORMATION ET MAINTIEN DES ACTIFS

La réalisation de plusieurs projets et activités a permis la continuité des services et des soins. À titre d'exemple, la mise à niveau de la solution de sauvegarde a sécurisé l'ensemble de nos données et le système PIJ (projet intégration jeunesse) a été entièrement reconfiguré pour le rendre conforme aux standards. De plus, le serveur de télécopie a été sécurisé et centralisé. À cela s'ajoute

la migration de 11 000 boîtes courriel vers la solution courriel infonuagique choisie par le réseau de la santé.

Au printemps 2017, le virus *WannaCry* constituait une menace pour le système d'exploitation utilisé tant sur les postes de travail que sur les serveurs supportant les applications et les données. La mobilisation de l'équipe de la direction et les mesures mises en place ont réduit à néant les risques d'infection du virus.

Enfin, la DRI a entrepris un vaste chantier qui vise le remplacement de tous les postes de travail désuets et le transfert de tous les équipements sur le répertoire d'entreprise de l'organisation. Ce faisant, la DRI en simplifie la gestion et rend le parc de postes de travail informatique conforme et sécuritaire.

3.2.15 DIRECTION DE LA LOGISTIQUE

3.2.15.1 HARMONISATION DU PROCESSUS D'ATTRIBUTION DES AIDES TECHNIQUES AU PARC

La Direction de la logistique (DL), de concert avec les ergothérapeutes des directions-programmes a procédé à une révision en profondeur du processus d'harmonisation d'attribution des aides techniques. La démarche a entre autres permis de maximiser les investissements pour des achats plus judicieux, d'en augmenter l'efficacité et de réduire de près de 70 % (de 785 à 297) le nombre de demandes sur la liste d'attente pour le PARC des aides techniques.

3.2.15.2 HARMONISATION DE L'OFFRE ALIMENTAIRE

La nouvelle offre alimentaire est en cours d'implantation depuis peu dans l'organisation. Déjà, les comités des usagers en ont fait valoir les bénéfices. Il semble, en effet, que l'intégration de mets texturés et l'introduction de standards élevés de production répondent à des préoccupations de variété et de sécurité.

En ce qui a trait au volet reconfiguration de la production alimentaire, la direction a procédé à la centralisation des opérations. Elle exploite donc deux sites producteurs pour toute l'organisation, ce qui permet un meilleur contrôle des processus de production et génère l'efficacité souhaitée.

3.2.15.3 SALON DES POSTES

Avec l'harmonisation de l'offre alimentaire, il devenait impératif d'unifier également la structure des postes. La démarche s'est avérée un franc succès, la direction ayant travaillé en étroite collaboration avec les instances syndicales, les coordonnatrices de la logistique, le partenaire RH et le chef de service responsable des ressources humaines.

À la suite d'une entente intervenue entre les instances syndicales et l'employeur, l'exercice consistait à communiquer avec chacun des employés pour lui permettre, selon son ancienneté, de choisir un poste dans la nouvelle structure. Au total, sur les 469 visés, 347 ont été dotés.

Voici quelques éléments porteurs de cette réussite :

- La composition de l'équipe rendait possible une réponse directe aux préoccupations et la prise de décisions séance tenante ;
- Une communication détaillée sur les postes en jeu et une disponibilité des chefs de service auprès des équipes ;
- Des employés rigoureux et fins prêts à communiquer leur choix lorsqu'ils étaient contactés par les coordonnatrices de la logistique. Ces dernières étant connues par la plupart des employés, elles ont apporté un côté humain à la démarche.

3.2.15.4 SOUTIEN DU MSSS DANS LE DÉPLOIEMENT DE L'OFFRE ALIMENTAIRE

L'organisation a assuré le mandat d'accompagnement comme souhaité par le MSSS. Des documents techniques (standardisation de recettes, balises nutritionnelles, etc.) ainsi qu'une vidéo de formation ont été produits et adaptés pour le déploiement provincial. Le savoir expérientiel développé durant les trois dernières années est ainsi partagé aux collègues des autres organisations. L'effet catalyseur de ce réseautage fait actuellement l'objet de discussions avec le centre de recherche de première ligne afin d'en élargir la portée.

3.2.15.5 BUANDERIE IUSMQ

Le déplacement des activités de lavage de linge des résidents dans de nouvelles installations présente l'avantage d'optimiser le travail en place. Elles offrent le potentiel de prise en charge de certains sites au cours de la prochaine année, afin d'améliorer non seulement la performance de ces activités, mais aussi le service à la clientèle.

La direction est également mandatée pour accompagner Partagec dans la transition de ses opérations vers la nouvelle usine. Ce projet est suivi en salle de pilotage stratégique et il engage activement les membres de la direction puisqu'il contribue à positionner le CIUSSS au cœur de la dynamique régionale entre établissements.

3.2.15.6 RÉVISION DES UNITÉS DE RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

En cohérence avec les recommandations d'Agrément Canada et du Programme de prévention et de contrôle des infections, la direction a procédé à la mise aux normes

du processus de retraitement des endoscopes digestifs dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer colorectal, dans le but d'en améliorer la qualité et la sécurité.

3.2.15.7 DÉPLOIEMENT DU SYSTÈME DE GESTION INTÉGRÉE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PERFORMANCE

Dans le cadre d'un projet vitrine et de concert avec la DQÉPÉ, la Direction de la logistique a déployé l'ensemble du système de gestion intégrée d'amélioration continue de la performance de la salle tactique de direction, des salles tactiques de coordination par territoires jusqu'au caucous. La direction déploie actuellement ce modèle dans l'ensemble des différents territoires du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

3.2.15.8 CONSOLIDATION DES SYSTÈMES INFORMATIQUES

Le Service d'approvisionnement, en collaboration avec ses partenaires, a effectué un travail considérable afin de livrer, le 5 mars 2018, une base de données unifiée, dans le respect de l'échéancier initial du projet. En plus d'harmoniser les différentes règles d'affaires portant sur l'acquisition de biens et de services, la consolidation des systèmes informatiques va améliorer l'accessibilité et la qualité des processus et produire une donnée de qualité qui pourra être utilisée pour l'atteinte des objectifs du pilier qui vise l'utilisation efficiente de nos ressources.

3.2.15.9 SANTÉ CHARLEVOIX - BÂTIR ENSEMBLE

L'équipe logistique de Charlevoix a exercé son leadership dans la phase 1 du projet Bâtir ensemble. Les volets approvisionnement, réapprovisionnement et alimentaire, sont principalement les services visés durant cette phase. Les principaux acteurs ont préservé la continuité des services durant cette vaste opération jusqu'au déménagement prévu en septembre 2018.

3.2.16 DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES ET INSTITUTIONNELLES

L'année 2017-2018 a permis de consolider les équipes de cette nouvelle direction pour faire bénéficier d'une offre de service interne complète et ainsi répondre à l'ensemble des besoins juridiques des directions de l'établissement et de l'IUCPQ – Université Laval, et des affaires institutionnelles du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

En deux ans, la création d'une direction interne des affaires juridiques et institutionnelles (DAJI) a par ailleurs permis de diminuer de plus de 1,3 M\$, soit plus de 25 %, les coûts reliés aux dépenses juridiques pour

l'établissement. À cet égard, les anciens établissements faisaient en grande partie affaire, avant la fusion, avec des firmes externes d'avocats.

Au surplus, les avocats à l'interne ont été en mesure de fournir plus de 9 800 heures complémentaires de services par rapport à ce que les firmes externes offraient auparavant, et ce, en plus des économies par ailleurs engendrées. Ce nombre d'heures complémentaires aura permis de créer, de fournir et de dispenser, au bénéfice de l'ensemble des intervenants de toutes les directions de l'établissement :

- Plus de 40 outils de vulgarisation juridique (tableaux de référence, aide-mémoires, résumés de règles à suivre) et gabarits d'ententes ;
- Plus de 25 formations dans des domaines très variés, comme la protection des personnes vulnérables, les approvisionnements, la protection des renseignements personnels, etc. ;
- Réalisation d'audits.

Aussi, au-delà des mandats ponctuels formulés à la DAJI par les directions, la présence d'une direction interne a permis de mettre en place, au cours de la dernière année, des processus formels de gestion collaborative et de soutien aux directions dans les dossiers qui ont des composantes juridiques (ex. : rencontres hebdomadaires avec le bureau du majeur inapte, forums périodiques avec les psychiatres, rencontres avec les équipes RNI et RPA, etc.). Les avocats ont également pu participer à la mise en place de certains processus en proposant des pistes d'optimisation complémentaires dans les activités à forte composante juridique. Les intervenants de la DAJI collaborent également à la rédaction ou à la révision d'un grand nombre de documents administratifs, en prennent parfois le leadership, lorsque le document administratif concerne un sujet à forte teneur juridique.

Ce soutien et cette expertise interne permettent ainsi à l'ensemble des directions des deux établissements de résoudre des situations mettant en cause des aspects juridiques de façon beaucoup plus rapide et plus efficace. La plus-value de cet accès rapide à des solutions appropriées est difficilement quantifiable, mais néanmoins bien réelle.

Les avocats de la DAJI se sont également impliqués de façon soutenue dans plusieurs activités au cours de la dernière année, tant au bénéfice du réseau, qu'à l'égard de la communauté juridique.

3.2.17 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS

3.2.17.1 DIRECTION ADJOINTE DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL ET DU SOUTIEN À LA TRANSFORMATION

L'équipe des partenaires RH a poursuivi son travail d'accompagnement stratégique et de soutien auprès de l'ensemble des directions de l'organisation. Son intervention a été particulièrement importante pour le personnel lorsque des changements modifiant les conditions de travail ont été apportés, de même que pour la mobilisation des différentes expertises de la direction dans la recherche des meilleures stratégies pour répondre aux enjeux de disponibilité de main-d'œuvre et de santé organisationnelle.

Par ailleurs, la mise en place d'une organisation d'envergure et complexe comme celle du CIUSSS de la Capitale-Nationale pose un important défi de gestion. En ce sens, le service du développement organisationnel et du personnel d'encadrement a intensifié ses activités d'accompagnement, tout en offrant de nombreuses formations sur différents thèmes de gestion auprès de l'ensemble des cadres et des deux cohortes de relève des cadres intermédiaires.

Enfin, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a investi encore cette année des sommes d'argent et des efforts considérables dans le développement des compétences du personnel. Le Service du développement des compétences du personnel et de l'enseignement secondaire et collégial travaille en étroite collaboration avec les directions pour planifier, organiser et assurer le suivi rigoureux des activités de formation.

3.2.17.2 DIRECTION ADJOINTE DES COMMUNICATIONS

La Direction adjointe des communications a la responsabilité d'identifier et de mettre en place des stratégies et des moyens de communication internes et externes. À cette fin, le CIUSSS de la Capitale-Nationale s'est doté d'un plan de communication organisationnel 2016-2018. Ce plan vise quatre objectifs, soit :

- Faire connaître le CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Faire connaître son offre de service ;
- Assurer une communication efficace à tous les paliers organisationnels ;
- Saisir toutes les occasions de faire rayonner le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Ce plan est soutenu par des actions de communication dans chacune des directions. Le service des communications a accompagné les directions en animant plus de 100 ateliers sur les enjeux transversaux suivants :

- Optimisation des communications internes et externes ;
- Intranet ;
- Site Web ;
- Employeur de choix et rayonnement.

De plus, une politique de communication a été adoptée par le conseil d'administration le 16 mai 2017. Parmi les projets réalisés, mentionnons :

- le développement du site Web et de l'intranet du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- l'utilisation et l'animation des réseaux sociaux (Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube) ;
- la production de l'Info CIUSSS, bulletin d'information interne, et de l'infolettre, pour les publics externes ;
- l'harmonisation du processus de mise à jour du répertoire santé et 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.

Parmi les projets de communication produits en 2017-2018, mentionnons le soutien de communication à la visite d'Agrément Canada au printemps 2017.

La Direction adjointe des communications est également sollicitée dans toutes les activités de sécurité civile ou de mesures d'urgence comme ce fut le cas pour la préparation aux activités du Sommet du G7.

3.2.17.3 DIRECTION ADJOINTE DES RELATIONS DE TRAVAIL, DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES CADRES ET DE LA GESTION INTÉGRÉE DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

En avril 2017, les 52 accréditations syndicales ont fusionné en quatre instances syndicales facilitant grandement les relations entre l'employeur et ses employés. Bien que la fusion des accréditations syndicales doive se conclure au plus tard en octobre 2018, plusieurs ententes spécifiques ont déjà été conclues.

Au cours de l'année 2017-2018, la direction adjointe a complété la préparation de la négociation des conventions collectives et a amorcé les échanges avec les instances syndicales. À terme, cet exercice permettra de convenir d'ententes avec les partenaires syndicaux et de simplifier la gestion des ressources humaines, ce qui facilitera la prestation des soins et des services accessibles, continus et de qualité.

La pénurie de main-d'œuvre s'est accentuée, se faisant ainsi sentir sur la présence au travail du personnel. En conséquence, une réorganisation du service de gestion médico-administratif a été entreprise afin d'assurer une constance dans la gestion des invalidités et des retours au travail. Plus important encore, la prévention est devenue une priorité organisationnelle et de ce fait, l'établissement a intensifié ses mesures de prévention en matière de risques physiques et psychologiques.

- La participation à la rédaction de la Politique relative à la protection des biens personnels des usagers ;
- La réalisation d'un sondage sur le climat de travail pour la Direction des ressources financières ;
- La production des états financiers trimestriels (AS-617) ;
- L'ajout de la procédure relative aux demandes des besoins spéciaux SAPA et DSMD (ex. : lunettes, lentilles, soins dentaires, etc.) ;
- Le déménagement à l'IUSMQ de l'équipe de la paie CHU de Québec – Université Laval ;
- La première intégration PAIE-RH en octobre dernier pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale pour 3 des 11 établissements ;
- La mise en place d'une ligne réservée à la paie régionale ;
- L'injection de 11 millions \$ de mesures de redéploiement des ressources et de transformation, avec la collaboration de l'ensemble des directions.

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	Commentaires
2.1 Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	Réalisé	
2.2 Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Remplir le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	Réalisé	

4.1.2 SERVICES SOCIAUX

Attente spécifique	Description	État	Commentaires
3.1 Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.	Non réalisé	Plan reporté au 30 juin 2018 (Bulletin EGI vol. 13, no 22)
3.2 Poursuivre la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018.	Réalisé	

Attente spécifique	Description	État	Commentaires
3.3 Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	L'établissement doit veiller à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention.	Réalisé	
3.4 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement doit compléter et transmettre le PTAAC.	Réalisé	
3.5 Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	À la suite de la publication du plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	Réalisé	
3.6 Niveaux de soins alternatifs (NSA) - Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Ajout addenda. Les établissements, 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 NSA. Les établissements 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	
3.8 Soins et services en CHSLD - Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	Ajout addenda. 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. De plus, des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	Réalisé	

4.1.3 SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE

Attente spécifique	Description	État	Commentaires
4.3 État d'avancement de l'implantation du plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	Autoévaluation de l'état d'implantation du plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : action – objectif – stratégie/moyens – responsable – résultats/livrables – échéancier – indicateur – cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	Réalisé	

Attente spécifique	Description	État	Commentaires
4.4 État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation de l'état d'implantation des actions au plan d'action déposé au 1 ^{er} juin 2016. Un état de situation dans chacun des CISSS et CIUSSS devra être produit.	Réalisé	
4.5 État d'avancement du plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	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.	Réalisé	
4.6 État d'avancement de l'implantation du plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Autoévaluation de l'état d'implantation du plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être notées.	Réalisé	
4.8 Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), <i>Flexible Assertive Community Treatment</i> (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGL associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	Réalisé	

4.1.4 FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET

Attente spécifique	Description	État	Commentaires
6.1 Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	Réalisé	
6.2 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en dressant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et voit à l'adoption, par le personnel, de saines pratiques de gestion de l'eau.	Réalisé	

4.1.5 COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE

Attente spécifique	Description	État	Commentaires
7.1 Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.	Réalisé	
7.2 Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile	Exercer le leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. 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 permettant un déploiement concerté des ressources du réseau de santé et de services sociaux advenant un sinistre.	Réalisé	
7.3 Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage 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; compléter la phase d'établissement du contexte du processus; compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	Réalisé	
7.4 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le conseil d'administration de l'établissement.	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique	Livrable reporté à une date indéterminée. (Bulletin vol. 13, no 16)
7.5 Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le conseil d'administration.	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique	Livrable reporté à une date indéterminée. (Bulletin vol. 13, no 16)
7.6 État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	Réalisé	

4.2 LES INDICATEURS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020

4.2.1 PRÉVENTION DES INFECTIONS

Objectif de résultat : 3

Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	3 532	3 494	3 538

L'engagement n'est pas atteint, mais le nombre d'activités de dépistage de 3 494 n'est que de 38 activités de moins que l'engagement.

Une des hypothèses avancées par la Direction du programme Jeunesse est que la saisie des statistiques soit incomplète, tout particulièrement dans le territoire de Québec-Nord. Dans ce secteur, les dépistages sont souvent réalisés dans les milieux scolaires. Des travaux sont en cours afin de s'assurer que les statistiques extraites représentent bien la réalité. La situation n'a aucun impact sur la clientèle, l'offre de service étant demeurée inchangée. Les infirmières scolaires seront toutefois interpellées sur l'importance d'une saisie statistique rigoureuse et normalisée.

Les modalités de saisie et d'extraction des données seront revues. Par ailleurs, une révision de l'offre de service en ITSS est prévue au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale au cours de l'année 2018-2019. Nous souhaitons qu'une telle révision puisse permettre une meilleure accessibilité aux services de dépistage pour la clientèle jeunesse et ainsi respecter nos engagements d'ici 2020.

4.2.2 PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE

Objectif de résultat : 4

Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	30	32	32
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	85	83,9	86,5
1.09.48-PS Nombre total de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	5	7	7
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	60,7	59,6	68,3

1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)

Le nombre de GMF est de 32, l'engagement est donc atteint. Le résultat représente une augmentation de 4 GMF par rapport à l'année dernière (28).

1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille

L'engagement n'est pas atteint, mais l'écart est faible. Le résultat observé est de 83,9 %, soit 1,1 point de moins que ce qui était visé. Par contre, il est supérieur de 4,1 points à celui observé en 2016-2017 (79,9).

L'inscription d'usagers, par les médecins du territoire, n'a pas été suffisante, malgré une entente avec l'Association des médecins omnipraticiens de Québec. Aussi, il existe un déséquilibre des effectifs médicaux entre les territoires de la région. Enfin, certains médecins sont réticents à inscrire les clientèles vulnérables.

Les actions prises sont :

- de définir une trajectoire plus claire pour la prise en charge des clientèles vulnérables ;
- d'ajouter une ressource administrative permanente pour dégager les goulots ;
- de mettre en place un plan de suivi des actions en gestion visuelle, à la suite des décisions, une orientation prise avec les quatre médecins coordonnateurs du Guichet d'accès pour la clientèle orpheline.

1.09.48-PS Nombre total de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)

Avec un résultat de 7, le nombre de groupes de médecine de famille réseau est atteint et dépasse l'engagement visé.

7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)

Le résultat n'atteint pas l'engagement prévu, mais l'écart est faible. Par contre, le résultat de 59,6 % dépasse celui observé l'année dernière (55,6 %).

Un manque de ressources en santé mentale pour les services de première ligne est noté. Du côté de la déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et de la déficience physique (DITSADP), une redistribution et un ajout de ressources sont nécessaires. Enfin, les interventions de groupe ne sont pas reconnues par l'indicateur. De plus, la saisie de données reste à améliorer.

Bien qu'un système de priorisation existe pour éviter de pénaliser la clientèle, le délai ne répond pas à leurs attentes, d'où les mesures visées pour améliorer la continuité des services.

Des ajouts de ressources en DITSADP doivent être faits. Par ailleurs, la transformation en santé mentale va permettre l'ajout de ressources en services psychosociaux. Enfin, des interventions à l'interne et auprès du MSSS sont effectuées pour modifier les activités comprises dans l'indicateur afin d'inclure les interventions de groupe.

Nous avons amorcé l'implantation de l'accès centralisé et la révision des trajectoires de services dans chaque direction-programme, l'objectif étant de diminuer les étapes et les délais. Pour le volet DITSADP, l'implantation de cellules interprofessionnelles de proximité devrait contribuer à diminuer les délais.

Objectif de résultat : 5 Réduire le temps d'attente à l'urgence

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	7	7,62	7
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	80	64,4	80
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	86,1	77,2	86,1

1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence

L'engagement de ne pas dépasser sept heures n'est donc pas atteint. La durée moyenne de séjour observée est de 3 % plus longue qu'en 2016-2017 (7,42).

Le nombre de patients en soins alternatifs sur les étages des hôpitaux oblige les usagers à demeurer plus longtemps sur une civière aux urgences. L'incapacité d'avoir des travailleurs sociaux pour les déplacer les fins de semaine a contribué à augmenter la durée moyenne de séjour. Enfin, la difficulté d'investigation diagnostique reliée à l'accessibilité des examens oblige parfois à attendre jusqu'au lendemain ou à envoyer l'utilisateur en ambulance, ce qui contribue aussi à augmenter le délai.

Les actions envisagées sont de régler le problème de la disponibilité des travailleurs sociaux dans les milieux et de poursuivre le déploiement des trajectoires de niveaux de soins alternatifs.

1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures

Le résultat observé indique que 64,4 % de la clientèle a bénéficié d'une prise en charge médicale à l'urgence en moins de 2 heures, soit 15,6 points de moins que le 80 % visé.

Les urgences rurales diffèrent des urgences du centre urbain. Des services courants y sont donnés par manque de disponibilité de ces services la fin de semaine. De plus, il y a beaucoup de transferts vers d'autres établissements pour des examens diagnostiques, parfois avec escorte médicale, ce qui occasionne une découverte médicale. Enfin, lors des prises en charge de nuit, les règles prévoient que le médecin soit sollicité seulement pour les cas instables. Cela a pour effet d'allonger le temps d'attente pour la prise en charge.

Les actions prévues sont :

- de revoir les règles avec la chef médicale des urgences concernant la prise en charge des patients la nuit ;
- de travailler sur la réorientation des patients (un projet est en cours à ce sujet) ;
- de rendre plus optimaux les services courants, dont l'accès est actuellement très difficile.

1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures

La durée de séjour à l'urgence de la clientèle ambulatoire concerne celle 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 moyenne de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures, n'atteint pas son objectif, avec un résultat de 77,2 % pour un engagement de 86,1 %.

La présence d'un seul médecin par quart de travail pour répondre à la clientèle ambulatoire et sur civière ainsi que la priorité accordée à la clientèle sur civière occasionnent un allongement de la durée de séjour. L'augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus et des patients présentant une condition associée à un problème de santé mentale a pour effet d'allonger le temps d'investigation. Enfin, les transferts de patients dans un autre centre hospitalier ralentissent considérablement la capacité à voir les patients selon les délais attendus, ce qui affecte la performance des urgences.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale travaille actuellement sur le dossier des transferts en ambulance afin de baliser leur utilisation selon les meilleures pratiques. De même, il y a une démarche à faire avec les groupes de médecine de famille (GMF) et les groupes de médecine de famille réseau (GMF-R) afin de pouvoir y réorienter les clients de priorité 5 (moins urgente).

Dans l'ensemble de nos urgences, plus de 85 % de la clientèle est en priorité 4 et 5, entre 25 % et 30 % est uniquement en priorité 5. Cela signifie que la population peut aussi contribuer à l'amélioration de la situation en consultant davantage son médecin de famille.

4.2.3 SERVICES SPÉCIALISÉS – CHIRURGIE

Objectif de résultat : 6

Assurer des soins et des services spécialisés dans les délais médicalement acceptables

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	0	0	0

Le résultat indique qu'il n'y a pas de patients en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies. Ce résultat respecte l'engagement prévu.

4.2.4 SERVICES SPÉCIALISÉS – IMAGERIE MÉDICALE

Objectif de résultat : 6

Assurer des soins et des services spécialisés dans les délais médicalement acceptables

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
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
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
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
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	100	94,3	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	100	78	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	100	90,4	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
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	N/A	N/A	N/A
1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	N/A	N/A	N/A

1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies

Avec un résultat de 100 %, le pourcentage des demandes de services répondues à l'intérieur du délai requis pour les scopies atteint l'engagement.

1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques

Le pourcentage des demandes de services répondues à l'intérieur du délai requis pour les mammographies diagnostiques est à 100 %, un résultat qui atteint l'engagement.

1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales

Le pourcentage des demandes de services répondues à l'intérieur du délai requis pour les échographies obstétricales est à 100 %, un résultat qui atteint l'engagement.

1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques

Avec un résultat de 94,3 %, le pourcentage des demandes de services répondues à l'intérieur du délai requis pour les échographies cardiaques n'atteint pas l'objectif.

Pour les hôpitaux de La Malbaie et de Baie-Saint-Paul, les appareils échographiques sont en cours de remplacement. La désuétude des appareils a occasionné un ralentissement de l'offre de service.

1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires

Avec un résultat de 78 %, le pourcentage des demandes de services à l'intérieur du délai requis pour les échographies mammaires n'atteint pas l'objectif prévu.

Un seul radiologiste effectue des échographies mammaires. Ce dernier n'a pas été disponible pendant une période de temps et il n'a pas été remplacé.

Des discussions sont en cours pour augmenter le nombre de radiologistes aptes à effectuer ce type d'examen.

1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies

Le pourcentage des demandes de services à l'intérieur du délai requis pour les autres échographies s'élève à 90,4 %, un résultat qui n'atteint pas l'engagement.

Il y a eu une diminution de la présence des spécialistes.

Des discussions sont en cours avec les spécialistes en imagerie médicale. L'offre de service doit être ajustée à la demande, selon la capacité et l'entente signée.

1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries

Le pourcentage des demandes de services à l'intérieur du délai requis pour les tomodensitométries est de 100 % ; il atteint ainsi l'engagement.

4.2.5 SERVICES SPÉCIALISÉS

Objectif de résultat : 7

Améliorer la survie des patients atteints de cancer

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	90	93,3	100

Avec un résultat de 93,3 %, l'indicateur atteint l'engagement. De plus, le résultat s'est amélioré par rapport à l'année précédente (61,5 %).

4.2.6 SÉCURITÉ ET PERTINENCE

Objectif de résultat : 8

Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
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 (DACD) (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
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 <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	N/A	N/A	N/A
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70	28,2	70

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* (DACD) (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)

Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont un taux de diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) conforme aux taux établis.

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)

Les centres hospitaliers du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont un taux de bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) conforme aux taux établis.

1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements

Le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains est de 28,2 % ; il n'atteint donc pas l'engagement. Cet indicateur n'inclut que les CHSLD de plus de 100 lits et la mission en soins aigus, ce qui ne représente pas la globalité de nos secteurs d'activités. Pour constituer le résultat de l'indicateur pour l'établissement, le ministère demande de transmettre l'information relative à deux unités de soins en CHSLD de plus de 100 lits, au choix, par installation. Pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale, en 2017-2018, toutes les unités ont été auditées et tous les résultats regroupés. Pour les audits de 2018-2019, c'est la méthode préconisée par le ministère qui sera plutôt utilisée.

En comparaison avec les autres établissements du réseau, les milieux ciblés par cet indicateur, pour notre établissement, sont en grande majorité des installations de soins de longue durée où la notion de milieu de vie a un impact sur les pratiques d'hygiène des mains. L'unité des soins aigus de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul présente un taux global de 57 % tandis que l'Hôpital de La Malbaie a un taux de 51 %. Comme ces établissements représentent une faible proportion de l'ensemble des données, l'impact favorable sur le taux global pour le CIUSSS est peu significatif.

À la suite des résultats des audits effectués, un comité organisationnel a rapidement été mis en place sous la responsabilité du comité stratégique de prévention des infections pour élaborer une politique relative à l'hygiène des mains. L'implantation et le respect de la politique sont une responsabilité partagée à tous les niveaux de l'organisation. Un protocole relatif à l'hygiène des mains a également été rédigé par le Service de prévention des infections et est complémentaire à la politique.

Un plan d'action pour l'implantation et l'amélioration des pratiques au regard de l'hygiène des mains a été élaboré.

Un outil de suivi des indicateurs relatif à l'hygiène des mains est en place et les résultats seront analysés de façon trimestrielle par la haute direction.

4.2.7 PERSONNES ÂGÉES

Objectif de résultat : 10

Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	10 845	11 083	11 014
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	90	77	90

1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)

Le nombre de personnes suivies atteint l'objectif, avec un résultat de 11 083, soit 238 personnes de plus que l'engagement fixé à 10 845 et 4 % de plus par rapport à 2016-2017 (10 611).

1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)

Le résultat à 77 % est inférieur à l'engagement visé. Par contre, il a augmenté de 4,9 points par rapport au résultat de 2016-2017 (72,1 %).

Il est difficile d'améliorer les résultats de cet indicateur, car des évaluations (outils d'évaluation multiclientèle, OEMC), des plans de services individualisés et d'allocation de services (PSIAS) sont actuellement échus, sans compter ceux qui échoient chaque jour. Cela signifie qu'il faut redoubler les efforts pour atteindre l'objectif. Ceci est particulièrement difficile en période de pénurie de main-d'œuvre et lorsque les sorties d'hôpital sont nombreuses, comme c'est le cas actuellement, car elles doivent être priorisées.

Un outil permettant la planification du travail a été mis en place sur l'ensemble du territoire pour le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées et est en implantation en DITSADP.

Des « aller-voir » (Gemba, des activités qui consistent à aller sur le terrain pour rechercher les gaspillages et les opportunités d'amélioration), ont eu lieu. Un plan d'action comportant plusieurs recommandations (outil de planification à l'horaire, dépistage des faux 710, rencontre d'accompagnement type, modèle des soins infirmiers, etc.) sera déposé au prochain comité de direction pour être mis en place dans les prochaines semaines.

Plusieurs mesures sont appliquées pour optimiser l'utilisation des ressources et pour augmenter l'attraction du personnel en soins infirmiers (garantie d'heures, embauche de candidats et candidates à l'exercice de la profession d'infirmière, ajout et titularisation de postes, etc.).

Objectif de résultat : 11

Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	100
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	75	100	87,5
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	75	75	75

1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée

Avec un résultat de 100 %, l'indicateur atteint l'objectif.

1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée

L'indicateur atteint et dépasse l'objectif.

1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale

Avec un résultat de 75 %, l'indicateur atteint l'objectif fixé. De plus, une augmentation importante de 25 points est constatée depuis l'an dernier (50 %).

4.2.8 PERSONNES VULNÉRABLES

Objectif de résultat : 12

Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	2 388	2 335	2 502
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	59	61	100
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	9	10,1	10,3

1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile

Avec 2 335 usagers, l'indicateur n'atteint pas l'engagement. Toutefois, 40 usagers de plus que l'an dernier ont reçu ces services (2 295).

Tous les usagers sur les listes d'attente en soins palliatifs, et ce, dans tous les arrondissements, bénéficiaient déjà d'un ou de plusieurs services, minimalement en soins infirmiers où il n'y a aucune liste d'attente. La validation de la saisie des données et des profils pour s'assurer de leur qualité a été effectuée. Celle-ci ne présentant pas de problèmes majeurs, nous sommes confiants que l'indicateur tienne compte des patients suivis en soins palliatifs.

En conclusion, les équipes répondent aux demandes de la population. Il faut donc identifier les causes pour lesquelles la clientèle ne fait pas appel aux services. La situation sera présentée au comité régional en soins palliatifs afin de déterminer les causes possibles de la non-atteinte de la cible et de définir un plan d'action.

Les médecins en groupe de médecine de famille (GMF) et les médecins d'hôpitaux ont été sensibilisés à la situation afin d'augmenter le nombre de références.

1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie

Le nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie atteint l'engagement avec un résultat de 61, pour un objectif de 59.

1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile

Le pourcentage de décès à domicile des usagers ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile est de 10,1 %, dépassant ainsi l'objectif.

Objectif de résultat : 13

Faciliter le développement optimal et la participation sociale des enfants et des jeunes adultes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	90	65,2	83
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou 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	60	50,8	73,5

1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA

Avec 65,2 jours d'attente en moyenne, le délai d'accès à un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA atteint la cible, soit ne pas dépasser 90 jours. De plus, il s'est considérablement amélioré comparativement à l'année 2016-2017 (90,7 jours).

1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou 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

Avec un résultat de 50,8 %, l'indicateur n'atteint pas l'engagement prévu.

Trois causes sont identifiées : le continuum de l'offre de services socioprofessionnels est non optimal ; la difficulté à obtenir un portrait global des places disponibles dans ce secteur ; la qualité problématique des données du système d'information clientèle.

Le continuum socioprofessionnel sera revu, en collaboration avec le réseau communautaire ; un projet d'amélioration continue (Kaizen) devrait optimiser les processus pour le suivi des demandes et des places disponibles ; enfin, les données des systèmes d'information clientèle seront revues et corrigées.

Objectif de résultat : 14

Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	1 634	1 648	1 779
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	539	495	539

1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère

Les 1 648 places en soutien d'intensité variable (SIV), qui incluent les places offertes par entente de service par les organismes communautaires, atteignent, et dépassent même l'engagement. En outre, 90 places de plus qu'en 2016-2017 (1 558) étaient accessibles aux personnes ayant besoin de ces services.

1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère

Le nombre de places de suivi intensif est de 495, un résultat qui n'atteint pas l'engagement.

Le nombre de places disponibles se calcule à partir du nombre de postes d'intervenants à temps complet consacrés aux équipes de suivi intensif dans le milieu. Pour atteindre la cible, il aurait fallu ajouter cinq postes et mettre en place

une sixième équipe. Le manque d'effectifs médicaux au sein des équipes de suivi intensif a empêché de procéder à ce développement. En effet, pour mettre en place l'équipe supplémentaire, la présence d'un psychiatre de plus est nécessaire.

Afin de régulariser la situation, le département de psychiatrie et la Direction des services professionnels élaborent un plan d'action.

Objectif de résultat : 15

Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	91,1	100	96,4

Avec un résultat de 100 %, l'indicateur atteint et dépasse même l'objectif.

Objectif de résultat : 16

Améliorer le soutien aux familles en situation de négligence

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	9,17	9,96	9,16

L'indicateur n'atteint pas la cible maximum visée. Avec un résultat de 9,96 %, il dépasse de 8 % l'engagement.

Le chapitre II de l'EGI du MSSS précise une orientation spécifique visant la poursuite de la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence. Ainsi, l'amélioration de l'accès aux services de première ligne, la bonification du programme d'intervention en négligence (Élan famille) et l'intensification des interventions sont autant d'éléments pouvant contribuer à l'amélioration de la situation des jeunes en difficulté et de leur famille. La négligence est la principale cause de prise en charge des jeunes par la Direction de la protection de la jeunesse. D'ici 2020, ce taux de prise en charge doit se situer à 10 jeunes pour 1000 au provincial.

En 2017-2018, outre une augmentation légère mais continue de la population 0-17 ans, nous observons la même tendance qu'au provincial, soit une hausse des prises en charge à l'application des mesures. Elle est de 5 % dans la Capitale-Nationale, ce qui représente 127 jeunes différents de plus en suivi à l'application des mesures. Malgré cela, nous avons contenu la hausse pour le motif de négligence à 3 %. De nombreux facteurs peuvent influencer le taux de prise en charge en négligence. Ils peuvent être liés à l'environnement, mais également à l'offre de service de proximité en jeunesse. Ce sont à ces facteurs que le réseau de la santé s'attarde pour diminuer la prise en charge. La région de la Capitale-Nationale se situe dans le premier tiers au titre des plus bas taux de prise en charge en négligence, soit déjà en deçà de la cible provinciale de 10/1000.

La prise en charge de situations en protection de la jeunesse, sans égard au motif, représente des coûts importants. Ce sont des mesures judiciairisées. Pour la clientèle, nous savons que les situations de négligence peuvent causer des impacts importants à court, moyen et long terme sur le développement des jeunes.

Cet indicateur n'étant pas réactif à court terme, il est important de noter que l'impact des actions prises sera visible à moyen et à long terme :

- Poursuite du déploiement du programme d'intervention en négligence.
- Mise en place d'un mécanisme de concertation entre l'intervention de proximité et les services de la mission centre jeunesse pour favoriser la mise de l'avant de mesures d'intervention innovantes, afin de limiter la judiciairisation de situations de négligence.

- Grâce à des investissements du MSSS dans les services de proximité, ouverture de trois nouveaux postes dans les services de proximité JED.
- Pour améliorer l'accès aux services de première ligne, déploiement de l'offre de service du programme Triple P, un programme à données probantes favorisant la diminution du taux de négligence par l'adoption de pratiques parentales positives. Ce service, initialement offert seulement sur le territoire du CLSC Orléans dans le cadre d'un partenariat avec la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, s'est déployé sur l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale en janvier et février 2018.

Des normes et standards de pratiques pour les services psychosociaux de proximité ont été rédigés et seront appliqués par les intervenants au cours des prochaines semaines pour mieux baliser l'offre de service aux jeunes en difficulté et à leur famille.

4.2.9 MOBILISATION DU PERSONNEL

Objectif de résultat : 18

Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	6,1	7,74	6,1
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,5	3,32	2,5
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	2,17	1,92	1,9

3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire

Le ratio d'heures d'assurance salaire n'atteint pas l'objectif. Avec un résultat de 7,74 %, l'engagement maximal de 6,10 % est dépassé d'une valeur relative de 24 %. De plus, le ratio a augmenté d'une valeur relative de 12 % par rapport à l'année dernière (6,91 %).

La réorganisation de l'offre de service à la clientèle génère plusieurs changements de trajectoires et de pratiques professionnelles, ce qui engendre de l'incertitude et un certain stress chez les employés du CIUSSS de la Capitale-Nationale. De plus, le manque de personnel nécessite un effort additionnel du personnel en place, ce qui amène une augmentation des invalidités, particulièrement dans certains titres d'emploi. Plusieurs actions doivent favoriser la prévention, la présence et la qualité de vie au travail. De plus, il existe une difficulté d'avoir du personnel qualifié et en quantité suffisante en raison du plein d'emploi dans la région de la Capitale-Nationale.

Plusieurs actions sont en cours :

- L'adoption d'une politique relative à la prévention, la présence et la qualité de vie au travail ;
- Le développement d'outils visant le dépistage précoce des risques psychosociaux ;
- Le groupe de soutien aux gestionnaires pour prévenir les absences, en gestion de proximité ;
- La gestion des cas d'absentéisme excessif ;
- Les ateliers de coconstruction avec la relève des cadres et les gestionnaires relatifs aux saines pratiques de gestion en santé et en sécurité au travail.

3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires

Avec un résultat de 3,32 % d'heures supplémentaires par rapport au nombre total d'heures travaillées, l'indicateur n'atteint pas l'objectif qui consiste à ne pas dépasser l'engagement maximal de 2,50 %. De plus, le taux d'heures supplémentaires a augmenté d'une valeur relative de 16 % par rapport à 2016-2017 (2,86 %).

Malgré le fait que le CIUSSS de la Capitale-Nationale ait recruté 2 323 personnes au cours de l'année 2017-2018, soit 11 % de plus que l'année précédente, l'organisation a dû avoir recours au temps supplémentaire pour combler les absences.

En effet, la non-atteinte de la cible d'utilisation du temps supplémentaire est tributaire de différents facteurs, dont la pénurie de main-d'œuvre dans la région et l'augmentation des absences, notamment les absences en assurance salaire et accidents du travail, qui amènent un volume de remplacements plus important. La diminution de notre utilisation de la main-d'œuvre indépendante (taux à 2,25 % en 2016-2017 par rapport à un taux de 1,92 % en 2017-2018) est également un élément pouvant avoir un effet sur la hausse du temps supplémentaire.

Plusieurs actions ont été mises en place pour réduire l'utilisation du temps supplémentaire :

- Plan d'action du recrutement (promotion et attraction au CIUSSS de la Capitale-Nationale) ;
- Garanties de travail offertes ;
- Optimisation du projet hors-dispo (Facebook) ;
- Substitution de titre d'emploi ;
- Projet organisationnel visant l'optimisation des structures de postes et de la gestion des effectifs ;
- Cohortes de formation pour les préposés aux bénéficiaires (PAB).

3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante

Le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante atteint l'objectif, avec un résultat de 1,92 %, soit 0,25 point de moins que l'engagement de 2,17 % à ne pas dépasser. De plus, le recours à la main-d'œuvre indépendante a diminué d'une valeur relative de 15 % par rapport à 2016-2017 (2,25 %).

4.3 LES INDICATEURS DE L'ENTENTE DE GESTION 2

4.3.1 SANTÉ PUBLIQUE

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	54	43	54
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	91	90,3	91
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	90	71,7	90
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	2,17	1,92	1,9

1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire

L'engagement n'a pas été atteint : avec un résultat de 43 %, le résultat est en deçà de l'engagement. Par contre, il est plus élevé qu'en 2016-2017 (24,9 %).

L'indicateur mesure la collaboration (soutien et accompagnement) dans la planification et la réalisation d'activités de promotion de la santé en contexte scolaire. En 2016-2017, l'établissement a joint 40 écoles alors qu'en 2017-2018, il a accompagné 82 écoles publiques et une école privée. L'augmentation est remarquable. La cible de 54 % de 236 écoles (publiques et privées) fixe à 127 le nombre d'écoles à joindre.

L'implantation d'actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire est tributaire d'une entente de complémentarité entre le réseau de la santé et le réseau de l'éducation. Toutefois, seul le réseau de la santé est imputable des résultats, ce qui peut rendre plus ardue l'atteinte des objectifs.

En 2018-2019, les infirmières scolaires et les intervenants qui travaillent au programme FLUPPY de la Direction du programme Jeunesse colligeront leurs interventions en prévention et en promotion dans le système d'information I - CLSC comme des activités dans le cadre d'École en santé. Ces données permettront d'avoir un portrait plus juste de ce qui se fait en prévention et promotion en contexte scolaire. De plus, l'uniformisation de la compréhension de la saisie des données est à poursuivre. Selon les résultats obtenus, l'établissement verra s'il y a lieu de faire des représentations au MSSS pour ajuster la cible à la baisse.

L'arrivée du projet COMPASS dans les écoles (étude longitudinale sur les comportements de santé des jeunes de l'Institut de recherche en santé du Canada et de Santé Canada) a donné l'occasion au CIUSSS de la Capitale-Nationale d'y introduire des actions de promotion de la santé et de prévention. Les collaborations avec COMPASS sont à poursuivre.

Enfin, d'autres thématiques doivent être développées à court terme, par exemple la santé mentale positive et l'éducation à la sexualité (sous la responsabilité du milieu scolaire), qui vont obliger l'équipe Modes de vie et environnements sains et sécuritaires (MVESS) de la Direction de santé publique à se doter d'une ressource psychosociale.

1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais

Avec un résultat de 90,3 %, l'indicateur n'atteint pas l'engagement, mais l'écart est faible.

Une démarche est en cours dans la région pour améliorer l'organisation de la vaccination des enfants âgés de 0-2 ans et diminuer les retards vaccinaux. Un portrait de la situation dans la région vient d'être effectué. Des actions sont à prévoir (ex. : systématisation de la relance en cas de rendez-vous manqué et rétroactions plus fréquentes des indicateurs de gestion aux vaccinatrices). Ces actions et celles déjà bien en place pour la vaccination à 2 mois contribueront à maintenir les acquis pour la vaccination à cet âge.

1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais

La proportion de 71,7 % des enfants ayant reçu ce vaccin dans les délais n'atteint pas l'engagement.

La cible de 90 % a été décidée au niveau provincial et est très élevée, considérant les nombreux enjeux liés à la vaccination prévue à 1 an et 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.).

La cible pour la vaccination à l'âge d'un an n'a jamais été atteinte dans notre région, comme c'est le cas pour plusieurs autres régions du Québec. Le résultat à l'échelle de la province se situe à 75 %, soit légèrement au-dessus du 72 % atteint, mais également loin de la cible fixée. Particulièrement à l'âge de 12 et 18 mois, il subsiste une portion plus grande de retards vaccinaux expliquée par les parents. Par ailleurs, une cible trop élevée peut entraîner de la démotivation du personnel.

Une démarche est en cours dans la région pour améliorer l'organisation de la vaccination des 0-2 ans et diminuer les retards vaccinaux. Un portrait de la situation dans la région vient d'être effectué. Des actions sont à prévoir (ex. : systématisation de la relance en cas de rendez-vous manqué et rétroactions plus fréquentes des indicateurs de gestion aux vaccinatrices). Ces actions devraient contribuer à réduire les retards en 2018-2019.

1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais

Avec un résultat de 65 %, la proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin combiné RROvar n'atteint pas la cible.

Il s'agit d'un nouvel indicateur. Différentes stratégies sont déjà en place pour favoriser une vaccination dans les délais (ex. : rappel de la vaccination à venir et confirmation du rendez-vous). D'ailleurs, la proportion d'enfants vaccinés dans les délais à 18 mois est supérieure dans notre région (65 %) par rapport à la moyenne provinciale (62 %). À l'âge de 18 mois, il subsiste une portion plus grande des retards vaccinaux expliquée par les parents et qui ne sont pas toujours sous le contrôle de l'organisation.

Une démarche est en cours dans la région pour améliorer l'organisation de la vaccination des 0-2 ans et diminuer les retards vaccinaux. Un portrait de la situation dans la région vient d'être effectué. Des actions sont à prévoir (ex. : systématisation de la relance en cas de rendez-vous manqué et rétroactions plus fréquentes des indicateurs de gestion aux vaccinatrices). Ces actions devraient contribuer à réduire les retards en 2018-2019.

4.3.2 SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	N/A	N/A	N/A

4.3.3 SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
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 (4) minutes ou moins	90,4	89,2	90,4

Avec un résultat de 89,2 %, l'engagement n'est pas atteint, mais l'écart est faible.

La performance a été variable en raison de la hausse rapide du nombre d'appels reçus, passé du simple au double en peu de temps. Les activités de médiatisation qui ont été menées expliquent principalement cette hausse.

De même, le défi de la dotation des postes sur des quarts de travail a conduit à de multiples réflexions dont une sur le fait que les travailleurs sociaux embauchés dernièrement apprécient un horaire de travail favorisant l'équilibre famille-travail.

Les interventions téléphoniques réalisées au moment opportun avec l'usager permettent de répondre à son besoin et stabilisent rapidement les situations de crise. De plus, très peu d'interventions téléphoniques donnent suite à une orientation vers un autre service. En avril 2018, 19 402 appels ont été répondus, et seulement 400 d'entre eux ont nécessité soit une orientation vers un autre service, une intervention dans le milieu ou une intervention policière. L'encadrement clinique offert au personnel, qui consiste en rétroactions sur les fiches d'appels et de rencontres individuelles, permette aux intervenants d'améliorer leurs interventions et de développer leurs compétences dans un contexte d'intervention téléphonique.

Chaque période d'appels par quart de travail est analysée afin d'ajuster la capacité de répondre aux usagers dans les temps requis. Cette analyse permet de détecter les quarts de travail les plus achalandés, de quantifier le nombre d'intervenants nécessaires et d'ajuster les horaires de travail. Enfin, les quarts de travail offerts sont rendus plus attractifs en permettant la conciliation famille-travail.

4.3.4 SERVICES GÉNÉRAUX – SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	85	78,8	85

L'indicateur n'atteint pas l'engagement. Le résultat est de 78,8 %, soit 6,2 points de moins que l'objectif. Par contre, le résultat est plus élevé de 5,3 points par rapport à celui de 2016-2017 (73,5 %).

Le manque de places en ressources intermédiaires (RI), principalement pour les réseaux locaux de services (RLS) de Portneuf, Charlevoix, Des Rivières et Sainte-Foy, fait en sorte que des clients ayant un profil de besoins de niveau ISO-SMAF 9 et moins se retrouvent en transition ou admis en CHSLD. Aucun soumissionnaire n'ayant répondu aux appels d'offres pour la création de places en ressources intermédiaires, l'organisation est présentement dans l'incapacité de suffire à la demande. Enfin, certains usagers avec des symptômes comportementaux et psychologiques de démence (SCPD) avec un profil entre 7 et 9 requièrent des soins ou de la surveillance 24 h/24, 7 j/7.

Il est prévu de revoir dans l'organisation des micromilieus le potentiel d'y regrouper la clientèle de la transition, pour ensuite faire reconnaître par le MSSS le changement au permis des CHSLD. Un comité doit être formé pour la mise en place de CHSLD de type modéré, profil 6-10.

Aussi, l'intensification des services de soutien à domicile ou en résidences pour personnes âgées (RPA) maintiendra les clients dans la communauté. Pour ce faire, un algorithme est en place afin de s'assurer que l'intensification a été considérée, ainsi qu'un tableau de suivi des transitions RI en CHSLD.

Enfin, le développement de places en RI ou comme alternative aux RI se poursuit.

Si la clientèle de transition était regroupée dans un seul CHSLD avec une offre de service RI, le résultat de cet indicateur atteindrait 85 % et plus.

4.3.5 SOUTIEN À DOMICILE

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	1 184 292	1 482 590	1 221 005
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	1 151 575	1 367 238	1 187 274

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	7 322	6 977	7 436

1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services

Le nombre total d'heures de service atteint et dépasse l'engagement, avec 1 482 590 heures de service, soit 298 298 heures de plus que la cible de l'année en cours (1 184 292). Aussi, la performance de l'indicateur est d'une valeur relative de 27 % plus élevée qu'en 2016-2017 (1 168 825).

1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14

Avec un résultat de 1 367 238, le nombre total d'heures de service de soutien à domicile de longue durée atteint son objectif. Le résultat dépasse l'engagement, fixé à 1 151 575 heures, de 215 663 heures.

1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14

Le nombre de personnes servies n'atteint pas l'engagement, avec un résultat de 6 977 personnes jointes, pour un engagement de 7 322. Par contre, il dépasse de 394 le nombre de personnes jointes en 2016-2017 (6 583).

Cet indicateur est fortement lié à celui du pourcentage de personnes ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention. Lorsque la cible sera atteinte pour certains territoires, il sera possible d'analyser si la clientèle avec des profils de besoins de 4 et plus est bien servie.

Malgré l'atteinte de la cible intermédiaire qui permet l'obtention du budget de développement en 2017-2018, les travaux pour améliorer le résultat se poursuivent. Un outil permet d'analyser la charge de cas de l'intervenant afin d'identifier rapidement les usagers suivis avec une évaluation (OEMC) de niveau 3. L'appropriation de l'outil par les intervenants et les gestionnaires demeure à intégrer aux processus de travail.

La mise en place des recommandations à la suite des « aller-voir » (Gemba) viendra influencer positivement le résultat de cet indicateur.

4.3.6 DÉFICIENCES

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
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	90	85,3	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	90	91,7	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	90	75	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	90	46,2	90

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

Le taux des demandes de services traitées en CLSC dans les délais est à 85,3 %. Le résultat n'atteint pas l'engagement, mais il est plus élevé que celui de 2016-2017 (82,6 %).

L'accès aux services dans les délais est plus difficile pour la clientèle qui présente des priorités modérées.

L'implantation de cellules de proximité, avec le changement de pratique qu'elle amène pour les intervenants et les gestionnaires, occasionne une baisse de performance temporaire.

La mise en place des équipes de proximité se poursuit, accompagnée d'une gestion efficiente des ressources humaines et des listes d'attente. Enfin, une cible pour les priorités modérées sera déterminée et son suivi sera assuré.

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

Les demandes de services traitées en centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) dans les délais représentent 91,7 % de toutes les demandes. L'engagement est atteint et la performance de l'indicateur a augmenté par rapport à 2016-2017 (88,1 %).

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

Les demandes de services traitées en CLSC dans les délais représentent 75 % de toutes les demandes. L'engagement n'est pas atteint, mais le résultat dépasse de 12 points celui de 2016-2017 (62,9 %).

L'implantation récente de cellules de proximité entraîne un changement de pratique réduisant temporairement la performance. Les difficultés sont liées surtout aux demandes de priorité modérée.

La mise en place des équipes de proximité se poursuit, accompagnée d'une gestion efficiente des ressources humaines et des listes d'attente. Enfin, une cible pour les priorités modérées sera déterminée et son suivi sera assuré.

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

Le taux des demandes de services traitées en centre de réadaptation dans les délais est de 46,2 %, un résultat inférieur à l'engagement, mais en amélioration par rapport à l'an dernier (40,2 %).

Il y a une hausse importante de demandes de services, particulièrement pour les jeunes de 6-21 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme.

Une démarche d'évaluation comparative avec les établissements les plus performants au Québec sera réalisée afin de favoriser l'implantation de « l'épisode de service », 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.

Des interventions de groupe seront mises en place.

Enfin, des ressources humaines seront ajoutées à la suite du plan d'action pour les troubles du spectre de l'autisme.

4.3.7 DÉPENDANCES

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	88,6	88,4	88,6

Des mouvements de personnel et la pénurie de main-d'œuvre pour les remplacements ont occasionné une légère augmentation de l'attente, mais celle-ci s'est résorbée au cours de l'année.

De plus, de nouveaux employés ont été formés et des formations sur les outils d'évaluation ont été offertes.

4.3.8 SANTÉ PHYSIQUE – CANCÉROLOGIE

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	100	100	100

Avec un résultat de 100 %, le pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours atteint l'objectif.

4.3.9 RESSOURCES MATÉRIELLES

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100

Le niveau de réalisation des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité est de 100 % et atteint ainsi l'engagement.

4.3.10 RESSOURCES TECHNOLOGIQUES

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	95	59,6	N/A

Au cours de l'année 2017-2018, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a connu un taux de roulement important pour cette fonction associée au Répertoire des ressources en santé et services sociaux. Cela n'a pas permis de mettre l'ensemble des informations à jour comme le stipule l'engagement. De plus, les formulaires de collecte d'informations sont mal adaptés, particulièrement pour les nouveaux types de ressources (ex. : supercliniques).

Un poste d'agente administrative affectée à la mise à jour du Répertoire des ressources en santé et en services sociaux a été ouvert. Le retour d'une *superutilisatrice* est prévu en septembre. Étant donné que les ressources dans les CLSC relèvent de plusieurs directions, un nouveau formulaire a été développé. L'adaptation du formulaire a permis de se rapprocher davantage de la nouvelle réalité des CIUSSS. Cette stratégie sera élargie dans la prochaine année pour le volet « hôpital » qui regroupe aussi plusieurs départements gérés par plus d'une direction.

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

5.1 L'AGRÉMENT

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale s'est préparé à la première visite d'Agrément Canada, du 5 au 9 juin 2017. Cette démarche a permis d'apprécier les dix normes suivantes :

- Gouvernance ;
- Leadership ;
- Prévention et contrôle des infections ;
- Gestion des médicaments ;
- Santé mentale ;
- Santé mentale communautaire ;
- Dépendances ;
- Santé publique ;
- Réadaptation ;
- Déficit sur le plan du développement.

Les résultats ont permis de démontrer un taux de conformité de 93 %. Bien que la visite concernait plus spécifiquement la Direction des programmes Déficience

intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique, la Direction des programmes Santé mentale et Dépendances et la Direction de santé publique, l'excellent résultat obtenu est le fruit de la participation et de la collaboration de toutes les directions de l'établissement.

Les points forts soulignés par Agrément Canada

- L'intégration de l'utilisateur partenaire dans la révision des processus.
- La collaboration et l'implication des usagers et de leurs familles.
- La collaboration avec les partenaires du réseau de la santé et ceux dans la communauté (associations provinciales, maisons d'enseignement, municipalités, etc.).
- L'implication du secteur de la recherche dans plusieurs trajectoires de services.
- La collaboration entre les directions.

5.2 LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

L'équipe de la gestion des risques et de la qualité a procédé, au cours de la dernière année, à de nombreuses analyses détaillées à la suite d'événements survenus dans le cadre de la prestation des soins et des services. Ces analyses ont permis d'émettre des recommandations afin d'éviter la récurrence de ces événements. Par ailleurs, l'équipe a procédé à une analyse prospective sur la sécurité alimentaire, en collaboration avec plusieurs directions.

L'année a aussi été marquée par des travaux réalisés afin de procéder au changement d'application informatique de Gesrisk à SSSS. En effet, six anciens établissements utilisaient l'application Gesrisk pour la saisie des rapports de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223-1). À la suite d'une directive du MSSS, l'utilisation de cette application devait cesser le 31 mars 2018. Le tout a été réalisé dans les échéanciers prévus.

5.3 LES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Au cours de l'année 2017-2018, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a reçu trois rapports en provenance du Bureau du coroner pour lesquels des recommandations étaient émises. Ces recommandations ont été reçues et traitées avec diligence.

Dans deux dossiers, les recommandations concernaient l'utilisation et la vérification des systèmes sonores de surveillance pour la prévention des chutes. En lien avec ces recommandations, une analyse prospective sera réalisée afin de mettre en place un plan d'action qui aura pour objectif d'assurer une utilisation judicieuse et

sécuritaire de ces appareils. Par ailleurs, le plan d'action sur la prévention des chutes viendra préciser la règle de soins, l'évaluation du risque de chute ainsi que le suivi postchute, afin d'assurer une prestation de soins et de services sécuritaires.

En ce qui a trait aux recommandations entourant l'utilisation des mesures de contrôle, le protocole harmonisé d'application des mesures de contrôle a été adopté par le conseil d'administration au mois de mars 2018. Le plan de formation sera actualisé au cours de l'année 2018-2019.

5.4 LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Le Protecteur du citoyen a transmis les conclusions de son analyse pour 17 situations. Dans 12 des situations, aucune recommandation n'a été émise. Pour trois dossiers qui totalisaient huit recommandations, il a procédé à la fermeture de ces dossiers puisque l'ensemble

des recommandations était réalisé à sa satisfaction. Deux dossiers sont toujours actifs. Les travaux pour répondre aux recommandations sont commencés et devront être finalisés durant l'année 2018-2019.

5.5 LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT

STATISTIQUES CONCERNANT LES GARDES EN ÉTABLISSEMENT POUR LE CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2017 ET LE 31 MARS 2018

	IUSMQ	CHU - HEJ	CHU - HSS	CHU - CHUL	CSSS Charlevoix - HBSP	CSSS Charlevoix - HLM
Nombre de mises sous garde préventive	104	520	195	263	26	21
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	87	461	176	232	23	19
Nombre de demandes (requêtes) de mise sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	213	97	78	64	11	0

	IUSMQ	CHU - HEJ	CHU - HSS	CHU - CHUL	CSSS Charlevoix - HBSP	CSSS Charlevoix - HLM
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal	260	102	84	68	14	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	214	98	80	68	12	0
Nombre de demandes (requêtes) de mise sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	170	54	52	47	10	0
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (y compris le renouvellement d'une garde autorisée)	165	51	51	44	7	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (y compris le renouvellement d'une garde autorisée)	129	44	46	41	6	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde, tous types confondus (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période)	277	489	219	293	29	20

STATISTIQUES CONCERNANT LES JUGEMENTS D'AUTORISATION DE SOINS POUR LE CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2017 ET LE 31 MARS 2018

	IUSMQ	CHU - HEJ	CHU - HSS	CHU - CHUL	CSSS Charlevoix - HBSP	CSSS Charlevoix - HLM
Nombre de jugements d'autorisation de soins intérimaires rendus	26	2	1	1	0	0
Nombre d'usagers différents ayant fait l'objet d'un jugement d'autorisation de soins intérimaires	26	2	1	1	0	0
Nombre de jugements d'autorisation de soins rendus	143	6	9	9	2	0
Nombre d'usagers différents ayant fait l'objet d'un jugement d'autorisation de soins	140	6	9	9	2	0
Nombre d'usagers différents mis sous autorisation de soin, tous types confondus (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période)	145	7	9	9	2	0

5.6 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

5.6.1 DOSSIERS TRAITÉS

Au cours de l'exercice 2017-2018, 2449 dossiers ont été traités par le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services (CPQS).

COMMISSARIAT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

+ 16,8 %	2449	dossiers traités par le CPQS en 2017-2018
+ 30 %	1004	plaintes reçues en première instance par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services
+	1006	motifs de plaintes conclues
=	84 %	des dossiers de plaintes concernant les services offerts dans le CIUSSSCN
+	716	mesures correctives
+	52 %	des mesures correctives à portée individuelle
+	48 %	des mesures correctives à portée systémique
+	5 %	dossiers transmis au 2 ^e palier - Protecteur du citoyen
+ 26 %	254	interventions de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services à la suite d'un signalement ou initiées de son propre chef
+	281	motifs de signalements conclus
+	163	mesures correctives
+	41 %	des mesures correctives à portée individuelle
+	59 %	des mesures correctives à portée systémique
+ 12 %	1057	assistances
+ 17 %	134	consultations

5.6.2 DOSSIERS CONCLUS

COMPARATIF DES DOSSIERS CONCLUS

	2016-2017	2017-2018
Nombre de plaintes conclues	767	1006
Nombres d'interventions	197	256
Nombre d'assistances auprès des usagers	946	1056
Nombre de consultations	115	134
Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen	46	46
Délai moyen pour le traitement des plaintes (jours)	38	34

Répartition des plaintes traitées selon leurs motifs. Il peut y avoir plus d'un motif pour le même dossier.

5.6.3 MOTIFS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS

COMPARATIF DES PRINCIPAUX MOTIFS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS

Motif	2016-2017				2017-2018			
	Plainte	Intervention	Total	%	Plainte	Intervention	Total	%
Accessibilité	204	30	234	21,2	345	34	379	24,8
Aspect financier	32	5	37	3,4	42	4	46	3,0
Droits particuliers	84	23	107	9,7	94	21	115	7,5
Organisation du milieu	94	53	147	13,3	147	61	208	13,6
Relations interpersonnelles	155	35	190	17,2	253	77	330	21,6
Soins et services offerts	302	64	366	33,1	362	81	443	29,0
Autres	16	7	23	2,1	3	3	6	0,4
TOTAL	887	217	1104	100	1246	281	1 527	100

5.6.4 PORTRAIT DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES REÇUS

Les médecins examinateurs exercent des fonctions reliées à l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident.

Voici la répartition des dossiers de plaintes réglés par les médecins examinateurs pour l'exercice 2017-2018. Ce bilan quantitatif est basé sur des données statistiques et n'est donc, d'aucune manière, de nature qualitative.

Au cours de cette dernière année, les situations portées à l'attention des médecins examinateurs se traduisent par l'analyse et le règlement de 107 dossiers de plaintes médicales.

Durant le présent exercice, le nombre de plaintes réglées par les médecins examinateurs est nettement supérieur à celui des années précédentes, ce qui s'explique par l'arrivée d'un médecin examinateur assurant une présence régulière de deux jours par semaine.

BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES SELON L'ÉTAPE DE L'EXAMEN

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
2017-2018	35	79	107	7	5

COMPARATIF ANNUEL DU NOMBRE DE DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES RÉGLÉS DURANT L'EXERCICE

Exercice	Médecin examinateur	Comité de révision
2017-2018	107	5
2016-2017	40	3
2015-2016	50	4

Des efforts ont été consentis par les médecins examinateurs afin d'améliorer les délais dans la transmission des conclusions aux parties impliquées. Dans la totalité des cas où le traitement était au-delà de 45 jours, le non-respect de ce délai s'est fait d'un commun accord avec le plaignant, dans la mesure où ce délai s'avérait nécessaire, eu égard, notamment, à la complexité de la plainte, sa spécificité ou la non-disponibilité en temps opportun d'informations pertinentes. Dans 64,2 % des cas, c'est l'utilisateur qui a porté plainte lui-même. Pour les autres dossiers, l'utilisateur a été représenté par un proche ou par un tiers.

Les médecins examinateurs ont donc analysé et réglé 107 dossiers comportant 110 motifs de plaintes qui ont donné lieu à la formulation de 24 mesures d'amélioration.

Ces mesures visaient majoritairement des améliorations à portée individuelle (96 %) permettant de résoudre un problème propre au plaignant, alors qu'une seule mesure était à portée systémique, c'est-à-dire qu'elle ciblait l'amélioration des soins et des services dans l'ensemble des installations offrant des soins médicaux.

RÉPARTITION DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LA MISSION

	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	Nombre
Mission							
CH							
CHSGS	17	36	45,57	51	47,66	2	2
CHSP	6	22	27,85	24	22,43	4	2
CHSLD	1	2	2,53	3	2,80	0	0
CLSC	10	18	22,78	27	25,23	1	1
CR							
CRD	0	1	1,27	1	0,93	0	0
CRDP							
CRDM	1	0	0	1	0,93	0	0
TOTAL	35	79	100	107	100	7	5

RÉPARTITION DU TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES SELON LEUR MOTIF

Motif	Traitement non complété	Traitement complété		Total des motifs	
		Avec mesure	Sans mesure	Nombre	%
Accessibilité	0	1	0	1	0,91
Aspect financier	0	1	0	1	0,91
Droits particuliers	2	0	1	3	2,73
Organisation du milieu	0	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	7	11	30	48	43,60
Soins et services	7	3	36	46	41,80
Autres	0	8	3	11	10,00
TOTAL		16	24	70	110

RÉPARTITION DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES RÉGLÉS SELON LES DIFFÉRENTS DÉLAIS D'EXAMEN

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	0	0,00
De 4 à 15 jours	4	3,74
De 15 à 30 jours	14	13,08
De 31 à 45 jours	15	14,02
Sous-total	33	30,84
De 46 à 60 jours	14	13,08
De 61 à 90 jours	13	12,15
De 91 à 180 jours	24	22,43
181 jours et plus	23	21,50
Sous-total	74	69,16
TOTAL	107	100

RÉPARTITION PAR AUTEURS DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES RÉGLÉS

Auteur	Nombre	%
Professionnel	8	7,34
Représentant	22	20,18
Tiers	9	8,26
Usager	70	64,22
TOTAL	109	100

Le nombre d'auteurs peut être supérieur à celui des dossiers, puisqu'il est possible d'avoir plus d'un auteur (usager, représentant ou tiers) par dossier.

Mesures d'amélioration formulées par les médecins examinateurs

Une mesure peut prendre la forme d'une recommandation adressée par le médecin examinateur, d'une mesure corrective applicable immédiatement ou d'un engagement d'un médecin à améliorer le transfert d'information aux usagers ou à corriger un manquement professionnel relatif à l'acte posé.

Une mesure peut être à portée individuelle ou systémique. La mesure à portée individuelle n'a généralement d'effet que pour le professionnel visé dans le but de régler une situation particulière. La mesure à portée systémique vise à prévenir la répétition d'une situation ou

à améliorer la qualité des services pour un ensemble de personnes ou pour les usagers futurs du service.

À titre indicatif, vous trouverez ci-dessous le libellé de quelques mesures formulées par les médecins examinateurs permettant de témoigner de l'amélioration de la qualité des soins et des services.

EXEMPLES DE MESURES FORMULÉES PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS

Motif	Catégorie	Mesure d'amélioration
Accessibilité 1 mesure	Amélioration des communications	→ Que le professionnel visé prenne les moyens afin de maintenir une communication efficace et délicate centrée sur les besoins et les attentes de l'utilisateur dans les situations potentiellement conflictuelles. → Un rappel sur le fait que des explications attentives et complètes pourraient éviter une insatisfaction.
Aspect financier 1 mesure	Amélioration de l'information	→ Que la direction concernée prenne les moyens afin que la grille tarifaire soit affichée à la vue des patients qui viennent consulter à l'urgence ou dans les cliniques externes de l'établissement.
Relations interpersonnelles 11 mesures	Amélioration des communications	→ Le professionnel visé s'est engagé et a été sensibilisé à porter une attention à ses propos auprès des patients dans le futur.
Soins et services 3 mesures	Amélioration des explications	→ Le professionnel visé a été sensibilisé pour sa pratique future à être plus explicite auprès de ses patients afin d'éviter une mauvaise compréhension en lien avec la durée de contagion d'un virus.
Autres 8 mesures	Ajustement financier	→ Demande au professionnel visé de régler sa cotisation au CMDP conformément à l'article 14.3 du règlement de régie interne du CMDP.

5.7 L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Le Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale accorde une place importante aux usagers. Le Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique (BPUE) contribue au maintien et au développement de la qualité des soins et des services en conseillant et en soutenant l'organisation dans l'appropriation des meilleures pratiques concernant l'approche usager partenaire, l'évaluation de l'expérience vécue par les usagers et les façons efficaces de soutenir les comités des usagers. Il assure aussi la coordination des activités d'éthique clinique et d'enseignement.

Le BPUE est responsable de recevoir, d'analyser et d'orienter toutes les demandes relatives à ces composantes. Le bureau offre ses services à l'ensemble des personnes qui œuvrent au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale ainsi qu'aux usagers et leurs proches. Il se consacre à l'implantation du modèle intégré de partenariat avec l'utilisateur, en partenariat avec la Direction des services multidisciplinaires (DSM), le réseau de collaboration des pratiques interprofessionnelles et l'Université Laval.

Tenir compte de la perception et du vécu des usagers et les impliquer à différents niveaux organisationnels est une priorité pour l'établissement. Au cours de l'année 2017-2018, 101 usagers partenaires ont été impliqués dans des activités ou des comités d'amélioration des soins et des services sur les plans tactique et stratégique. C'est plus du double par rapport à l'année dernière où il y avait 49 usagers partenaires impliqués. De plus, 65 projets d'évaluation de l'expérience vécue par les

usagers ont été réalisés cette année, comparativement à 47 l'année précédente. Ces évaluations permettent de rendre compte du vécu des usagers et de leur satisfaction à l'égard des soins et des services reçus, ce qui oriente les équipes cliniques quant aux pistes d'amélioration. Par ailleurs, le comité de travail sur les mesures d'évaluation de l'expérience vécue par les usagers, mis en place en février 2017 et composé de représentants de tous les comités des usagers, a travaillé au cours de l'année à élaborer des questionnaires d'évaluation des soins et des services. Ceux-ci pourront être remplis au cours de l'année 2018-2019 par la clientèle hébergée et par toutes les clientèles recevant des services ambulatoires au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ces démarches d'évaluation permettront de répondre aux différentes attentes d'Agrément Canada, aux mandats des comités des usagers et aux exigences ministérielles.

Dans le cadre de la composante « comité des usagers », le BPUE soutient les comités des usagers et les comités de résidents dans l'actualisation de leurs mandats. Au cours de l'année, le Bureau a collaboré avec les présidents des comités à la formation de nouveaux membres quant à leurs rôles et obligations et à des activités de sensibilisation des droits des usagers auprès de directions cliniques. Les membres des comités des usagers ou de résidents ont aussi été impliqués dans des comités chapeautés par le BPUE tels que : le comité-conseil du modèle intégré de partenariat avec l'utilisateur, le comité de travail sur les mesures de l'expérience vécue, le comité d'élaboration du code d'éthique et le comité d'éthique clinique et de l'enseignement. Dans tous les cas, leur apport s'est avéré des plus positifs au développement des services.

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

La Loi concernant les soins de fin de vie 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.

Sous la direction adjointe du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et des services gériatriques spécialisés, une gouverne clinique mise en place en 2016-2017 permet d'assurer une coordination

régionale des soins palliatifs. Entre autres, l'achat d'aides techniques essentielles pour le retour à domicile d'usagers hospitalisés a été convenu dans le cadre des travaux du comité sur l'accès aux équipements. Ces achats sont dans un processus d'acquisition. De plus, les membres du comité sur la gestion des lits de soins palliatifs travaillent sur huit solutions à mettre en place afin d'améliorer le processus de gestion des lits de soins palliatifs dans la Capitale-Nationale.

Dans le but d'améliorer les compétences des professionnels appelés à intervenir auprès de la personne et de ses proches, le CIUSSS de la Capitale-Nationale poursuit le déploiement du plan de développement des compétences en soins palliatifs et de fin de vie du MSSS. Un protocole clinique portant sur la sédation palliative continue a été entériné par tous les conseils et comités concernés.

Le rapport du directeur général au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie (Loi 2, chapitre III, art. 8)

APPLICATION DE LA POLITIQUE DU 10 DÉCEMBRE 2016 AU 9 JUIN 2017

Activité	Information demandée	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2224
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	22
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	22
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	17
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs ¹	5

1. Cinq décès avant l'administration.

APPLICATION DE LA POLITIQUE DU 10 JUIN 2017 AU 9 DÉCEMBRE 2017

Activité	Information demandée	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2383
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	22
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	29
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	17
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs ¹	12

1. Six décès avant l'administration; deux ont changé d'idée ou retiré leur demande; cinq ne répondaient pas ou plus aux critères d'admissibilité (deux formulaires contenaient deux motifs).

7. LES RESSOURCES HUMAINES

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Effectifs de l'établissement au 31 mars 2018	2017-2018
Les cadres	
Temps complet (non compris les personnes en stabilité d'emploi)	526
Temps partiel Nombre de personnes : équivalent temps complet ¹ (non compris les personnes en stabilité d'emploi)	12,2 ETC
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	5
Les employés réguliers	
Temps complet (non compris les personnes en sécurité d'emploi)	8 155
Temps partiel Nombre de personnes : équivalent temps complet ¹ (non compris les personnes en sécurité d'emploi)	3 138,293 ETC
Nombre de personnes en sécurité d'emploi	14 (11,37 ETC)
Les occasionnels	
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	6 916 423
Équivalent temps complet ²	3 787,7

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 1 826 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 2017-2018

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	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	991 112	464	991 576	545	600
	Variation	(18,2 %)	(52,3 %)	(18,3 %)	(18,3 %)	(17,6 %)
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	4 588 340	10 626	4 598 965	2 553	3 246
	Variation	17,3 %	32,5 %	17,3 %	17,4 %	16,6 %
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	6 241 663	208 334	6 449 997	3 345	4 445
	Variation	25,0 %	57,6 %	25,8 %	24,1 %	25,6 %
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	10 713 025	237 265	10 950 290	5 859	8 197
	Variation	7,2 %	72,2 %	8,0 %	7,4 %	9,2 %
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
	Variation	3,7 %	62,1 %	4,2 %	4,0 %	8,2 %
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
	Variation	44,2 %	(67,8 %)	43,6 %	42,9 %	59,4 %
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	25 011 228	485 362	25 496 590	13 569	17 927
	Variation	11,2 %	63,6 %	11,9 %	11,2 %	12,2 %

La non-atteinte de la cible s'explique par les facteurs suivants¹ :

- Investissement visant à bonifier l'offre de service de programmes cliniques :

Certains investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés au cours de l'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs de l'établissement et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs alloués par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

- Transfert d'activités du CHU de Québec – Université Laval et de l'IUCPQ – Université Laval :

Au cours de la dernière année, les pourparlers avec le MSSS ont permis de convenir d'une démarche pour évaluer le nombre d'heures que représentait le transfert des activités du CHU de Québec – Université Laval et de l'IUCPQ – Université Laval pour apporter des correctifs aux

données de référence. Par contre, la démarche n'est pas complétée et engendre toujours un écart par rapport à l'année de référence.

- Inclusion des rétributions des RI-RTF :

Au cours de la dernière année, les rétributions ont été transférées en masse salariale. Cette modification a généré une hausse des heures rémunérées.

- L'augmentation des heures rémunérées en assurance salaire :

Les heures rémunérées en assurance salaire sont incluses dans le calcul des effectifs. Conséquemment, l'augmentation des absences en assurance salaire observée depuis trois ans a généré une augmentation des heures rémunérées par rapport à l'année de référence.

1. Considérant que l'ensemble des données pour l'année financière 2017-2018 n'était pas disponible au moment de la rédaction du rapport annuel, nous ne sommes pas en mesure de transmettre certaines statistiques reliées à des indicateurs de gestion.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMMES

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES

	Exercice courant		Exercice précédent	
	\$	%	\$	%
Programmes-services				
Santé publique	20 554 321	1,54	21 902 057	1,70
Services généraux – activités cliniques et d'aide	95 876 296	7,19	92 024 583	7,16
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	334 268 074	25,05	321 542 928	25,02
Déficiences physique	88 441 414	6,63	87 624 118	6,82
Déficiences intellectuelle et TSA	104 338 954	7,82	101 137 793	7,87
Jeunes en difficulté	107 483 277	8,06	105 867 775	8,24
Dépendances	11 408 183	0,86	11 611 074	0,90
Santé mentale	164 690 957	12,34	156 268 557	12,16
Santé physique	129 731 826	9,72	120 235 60	9,36
Programme soutien				
Administration	83 467 227	6,26	76 293 817	5,94
Soutien aux services	104 221 632	7,81	96 665 597	7,52
Gestion des bâtiments et des équipements	89 778 608	6,73	93 762 601	7,30
TOTAL	1 334 260 769	100	1 284 936 660	100

Pour plus d'information sur les ressources financières, consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) disponible sur le site Internet du MSSS ou sur celui du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/statistiques/rapports-financiers/2018/03/1104-5135.pdf

www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/rapport-financier-annuel-2017-2018-471

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 497 956 \$ se détaillant aux résultats du fonds d'exploitation à 172 642 \$, et au fonds d'immobilisations

à 325 314 \$. Ainsi, le CIUSSS de la Capitale-Nationale 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 OCTROYÉS EN 2017-2018

	Nombre	Valeur \$
Contrats de service avec une personne physique	1	2 420 337
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	81	25 036 823
TOTAL	82	27 457 160

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

Voici l'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant, tel qu'il est présenté à la page 140 du *Rapport financier annuel (AS-471)*.

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	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						
L'établissement n'a pu produire de rapport permettant de contrôler le processus de compilation des données pour les unités de mesure « L'utilisateur » du centre d'activités 5601 – Centre de jour pour jeunes, « La présence » du centre d'activités 5601 – Centre de jour pour jeunes, « L'utilisateur » du centre d'activités 5602 – Service d'apprentissage aux habitudes de travail, « La présence » du centre d'activités 5602 - Service d'apprentissage aux habitudes de travail.	2011-12	R	Caduc suite à des modifications en 2017-2018 dans les travaux demandés par le MSSS à l'auditeur indépendant.			
L'établissement n'a pu produire de rapport permettant de contrôler le processus de compilation des données pour les unités de mesure « Jour présence » du centre d'activités 7606 – Cueillette, distribution et autres charges ainsi que « Le transport d'un usager » du centre d'activités 7690 – Transport externe des usagers. Centre jeunesse de Québec	2011-12	O	Caduc suite à des modifications en 2017-2018 dans les travaux demandés par le MSSS à l'auditeur indépendant.			

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

**Description des réserves,
commentaires
et observations**

1	2	3	4	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R	PR	NR
Centre d'activités 6390 – Services de pastorale (unité de mesure « L'usager ») les unités de mesure ne sont pas compilées par l'établissement. CSSS de Portneuf	2011-12	O	Caduc suite à des modifications en 2017-2018 dans les travaux demandés par le MSSS à l'auditeur indépendant.			
CA 4112 – Développement, adaptation et intégration sociale enfants (0-5 ans) et leur famille. Nous avons constaté que l'unité compilée ne respectait pas la circulaire détaillant les interventions à compiler. En effet, dans le cadre de nos tests, nous avons identifié des appels pour prise de rendez-vous comme étant des interventions. Toutefois, selon la circulaire, il ne s'agit pas d'une intervention. CSSSQN	2015-16	O	Caduc suite à des modifications en 2017-2018 dans les travaux demandés par le MSSS à l'auditeur indépendant.			
CA 7554 – Les unités de mesure Repas pour vente de service et repas pour l'établissement. L'unité Repas pour vente de service n'est pas bien calculée puisqu'il y a une erreur dans le tableau de suivi. Pour les repas conventionnés, la quantité de repas est divisée par 5,25, ce qui correspond à la méthode de calcul pour l'exercice 2014-2015 alors que pour l'exercice 2015-2016, la quantité doit être divisée par 5,45. La même situation s'est produite en 2016-2017, car le taux utilisé était celui de 2015-2016 alors qu'il aurait dû être de 5,71. De plus, le total des repas conventionnés pour l'ensemble des établissements du CSSSQN selon le rapport de MaitreD, ne donne pas la même information que le tableau Excel global pour l'ensemble des établissements pour la statistique 7554. De plus, l'unité Repas pour l'établissement est inexacte puisqu'il nous a été impossible, dans le cadre de nos tests, de valider le nombre de repas inscrits. En discutant avec l'intervenante de l'unité de mesure, nous avons réalisé qu'elle n'était pas en mesure de nous expliquer quelle information elle avait utilisée dans le cadre de ses calculs. Au cours de l'exercice 2017, nous avons révélé la même situation pour le CSSSQN et le CSSSVC alors que le taux qui aurait dû être utilisé était 5,71 et non 5,45. CSSSQN et CSSSVC	2015-16	R	Voir les commentaires du VGQ dans le rapport de l'auditeur indépendant à la page 130. Pour régler les lacunes, un comité sera mis en place en cours d'année 2018-19, incluant du personnel de la Direction des ressources financières ainsi que de la Direction de la logistique. Un plan d'action sera mis en œuvre afin de s'assurer de la bonne compilation des unités de mesure.			NR

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

**Description des réserves,
commentaires
et observations**

1	Année 20XX-XX	Nature (R, O, C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
<p>Selon le manuel de gestion financière du MSSS, les unités de mesure « L'usager » et « L'admission, la visite, l'usager » doivent être compilées une seule fois dans le total annuel. Cependant, la compilation de ces unités s'est effectuée par composantes (Établissements avant la fusion) au cours de l'exercice et aucune élimination d'usager comptabilisé plus d'une fois n'a été effectuée en fin d'exercice. L'établissement n'a pas été en mesure de nous démontrer que l'impact de cette façon de compiler ces unités de mesure était négligeable, ce qui nous conduit à émettre une réserve.</p>	2015-16	R	<p>La situation sera réglée lorsque l'établissement sera en mesure d'effectuer la compilation de ces unités de mesure en éliminant les mêmes unités compilées dans les différentes composantes.</p> <p>(Établissements avant la fusion)</p>			NR
<p>CA 5590 – Cette unité de mesure est calculée sur une base mensuelle alors qu'elle doit être calculée sur une base journalière. Pour respecter la circulaire, le système devrait générer des statistiques journalières.</p> <p>Centre jeunesse de Québec</p>	2016-17	O	<p>Caduc suite à des modifications en 2017-2018 dans les travaux demandés par le MSSS à l'auditeur indépendant.</p>			
<p>CA 6890 – La compilation de l'unité de mesure n'est pas adéquate, car des erreurs ont été décelées pour plusieurs périodes. La responsable de la compilation de la statistique était absente en raison de maladie pendant une partie de l'exercice. Toutefois, il y avait également une erreur dans une des périodes qui a été compilée par elle à son retour.</p> <p>CSSSQN</p>	2016-17	O	<p>Caduc suite à des modifications en 2017-2018 dans les travaux demandés par le MSSS à l'auditeur indépendant.</p>			
<p>CA 7644 et 7703 – Les unités de mesure concernant les mètres carrés ainsi que les mètres cubes sont inexactes, car les données brutes sont utilisées alors que la circulaire indique d'utiliser les données nettes. De plus, dans le calcul des mètres cubes, la hauteur exacte des murs n'est pas utilisée. Un taux inadéquat a été utilisé et le responsable n'a pas été en mesure de retourner à la source pour expliquer la provenance du taux utilisé.</p> <p>CSSSQN</p>	2016-17	R	<p>Les données nettes ainsi que les bons taux doivent être utilisés pour la compilation de cette unité de mesure tel que requis par la circulaire. L'organisation engagera une firme en 2018-19 pour évaluer adéquatement les superficies.</p>			NR
<p>CA 7690 – La circulaire ne fait pas mention de transport de matériel dans la compilation de cette unité de mesure, donc ces transports ne devraient pas figurer dans le calcul alors qu'ils le sont.</p> <p>IRDPQ</p>	2016-17	O	<p>Caduc suite à des modifications en 2017-2018 dans les travaux demandés par le MSSS à l'auditeur indépendant.</p>			
<p>CA 6710 – La compilation des unités techniques n'a pu être effectuée étant donné que nous n'avons pas eu accès aux détails des examens effectués. De plus, nous n'avons pas pu valider si le logiciel utilisé pour la compilation de ces unités de mesure respectait les critères de la circulaire.</p> <p>CSSSVC</p>	2016-17	O	<p>Caduc suite à des modifications en 2017-2018 dans les travaux demandés par le MSSS à l'auditeur indépendant.</p>			

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

Description des réserves,
commentaires
et observations

Année
20XX-XX

Nature
(R, O, C)

Mesures prises pour
régler ou améliorer la
problématique identifiée

État de la
problématique au
31 mars 2018

R PR NR

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)

Rapport à la gouvernance

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 la 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

La base de données CSSS Portneuf a été intégrée dans la base de données CIUSSSCN le 15 octobre 2017.

Un plan d'action sera élaboré pour répondre aux recommandations de l'audit du VGQ en lien avec la gestion des technologies de l'information.

NR

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), le CIUSSS de la Capitale-Nationale subventionne des organismes communautaires selon deux principaux modes de financement. Le premier 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, en ententes pour activités spécifiques, 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 viser des organismes dont le financement de la mission globale relève d'un autre ministère.

Pour ces deux modes de financement, 43 664 369 \$ ont été accordés pour l'année 2017-2018 dans la région. 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. On trouvera en 10.1 un aperçu des organismes communautaires qui ont été financés ainsi que des autres financements qui ont été octroyés.

L'établissement 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 de l'organisation. Le mandat du CMAP consiste à émettre au conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale un avis sur l'acceptation ou le refus des demandes de reconnaissance ou sur le retrait de la reconnaissance d'un organisme, proposer des avenues de solution dans le cas de situations litigieuses concernant les organismes communautaires, proposer des critères de priorisation pour la répartition de l'enveloppe budgétaire allouée au financement de la mission des organismes communautaires.

La 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 trois mois suivant la fin de leur année financière. Ces documents doivent s'inscrire en conformité avec le guide *La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale*. 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'activité 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).

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a 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 dans le cadre du volet activité spécifique, les modalités de reddition de comptes sont indiquées dans la lettre précisant annuellement le financement accordé.

10.1 LES SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

	Subvention 2017-2018 \$	%
Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)		
Financement de base par typologie		
Aide et entraide	13 197 059	30,22
Basé sur du bénévolat	85 696	0,20
Milieus de vie et de soutien dans la communauté	14 317 335	32,79
Sensibilisation, promotion et défense des droits	647 270	1,48
Hébergement	8 770 234	20,10
Financement pour activités spécifiques	6 646 775	15,22
Sous-total	43 664 369	100,00
Autres sources de financement		
Programme d'aide aux joueurs pathologiques	135 260	
Programme de soutien communautaire en logement social - itinérance	297 179	
Programme de subventions de projets en matière de sécurité alimentaire - CRISA	217 520	
Hors PSOC et autres financements		
Violence conjugale – Hébergement dépendance – Santé mentale – Soutien ponctuel – Répît-Dépannage – Soutien à domicile - PS-PAR – Santé et bien-être des hommes ¹	10 392 329	
Sous-total	11 042 288	
TOTAL PSOC ET AUTRES PROGRAMMES DE FINANCEMENT	54 706 655	

1. À titre indicatif seulement – nouvelle compilation des diverses directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

NOMBRE D'ORGANISMES FINANCÉS AU PSOC 2017-2018

Mission globale	240
Activités spécifiques	32

10.2 LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

# Dossier	Organisme	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
Agressions à caractère sexuel			
03-06287	CALACS de Charlevoix	239 089	240 763
03-06186	GRIS-Québec	54 627	77 427
03-00140	Viol-Secours	380 597	383 261
	TOTAL (3 organismes)	674 313	701 451
Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances			
03-06141	Amicale Alfa de Québec	60 854	63 698
03-06196	Centre CASA (1997)	160 966	162 093
03-03203	Centre de traitement des dépendances Le Rucher	244 431	246 142
03-06211	Grand chemin inc. (Le)	433 479	436 513
03-03154	Maison d'aide Villa Saint-Léonard	164 068	165 216
03-00502	Maison de Job	201 432	211 905
03-00982	Maison d'entraide l'Arc-en-ciel inc.	169 639	170 826
03-06080	Passage (Le), Centre de thérapie familiale en toxicomanie	66 248	69 130
03-03261	Point de Repères (1990) inc.	374 051	474 907
03-06161	Résidence Le Portail	263 693	265 539
03-02418	Ressource Génésis Charlevoix inc.	69 479	72 383
03-01536	Unité Domrémy de Clermont inc.	52 391	55 176
03-00016	Vision d'Espoir de Sobriété	100 317	103 437
	TOTAL (13 organismes)	2 361 048	2 496 965
Autres ressources jeunesse			
03-06292	Ancrage de L'Isle-aux-Coudres (L')	44 006	50 000
03-06129	C.E.R.F. Volant de Portneuf inc.	–	9 463
03-06254	Centre Multi-Services 16-30 ans La Source	49 512	49 859
03-06228	Évasion Saint-Pie X (L')	211 366	212 846
03-01318	Grands frères et Grandes sœurs de Québec inc. (Les)	60 615	63 457
03-06372	Maison de la famille D.V.S. (La)	63 953	256 636
03-02632	Maison de la famille DAC (Droit d'accès Charlesbourg)	–	21 438
03-06045	Maison de la famille de Charlevoix	–	23 706

# Dossier	Organisme	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
03-02834	Œuvres de la Maison Dauphine inc. (Les)	223 704	225 270
03-06168	Petit Répit (Le)	37 211	37 471
03-01351	Piolet (Le)	–	40 000
03-00671	Projet-Intervention-Prostitution Québec inc.	204 709	206 142
03-03068	Regroupement action prévention jeunesse des Laurentides	105 416	108 572
03-06331	Ressources familiales La Vieille caserne de Montmorency	50 255	52 855
03-06373	Service familial d'accompagnement supervisé	53 744	58 056
03-06068	Trame d'actions et d'initiatives concertées (T.R.A.I.C.) jeunesse	151 566	152 627
03-06004	TRIP Jeunesse Beauport	85 229	88 244
	TOTAL (17 organismes)	1 341 286	1 656 642
Autres ressources pour femmes			
03-06159	Aidons-Lait	46 823	50 000
03-02385	Allaitement Québec	–	58 933
03-00575	Chantelait	46 823	50 000
03-00497	Collectif d'accompagnement à l'accouchement (Le) « Les Accompagnantes »	111 874	112 657
03-01192	Entraide Naturo-Lait	69 098	72 000
03-01469	Mamie-Lait	40 866	50 000
03-06070	Mères et monde Centre communautaire et résidentiel par et pour jeunes mères	47 677	65 715
03-06364	Projet L.U.N.E.	62 000	40 000
03-00091	Relevailles Québec	142 504	143 502
03-00212	S.O.S. Grossesse	70 311	73 221
03-02035	Sexplique	108 892	109 654
03-02409	Violence Info	193 932	195 290
	TOTAL (12 organismes)	940 800	1 020 972
Autres ressources pour hommes			
03-01456	AutonHommie (L), Centre de ressources sur la condition masculine (Québec) inc.	201 776	203 188
03-01883	G.A.P.I. Groupe d'aide aux personnes impulsives (ayant des comportements violents)	345 513	347 932
03-06275	Service pour hommes impulsifs et colériques de Charlevoix	176 800	178 038
03-06275-1	Service pour hommes impulsifs et colériques de Charlevoix (Baie-Saint-Paul)	–	30 000
	TOTAL (4 organismes)	724 089	759 158

# Dossier	Organisme	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
Centre d'action bénévole			
03-00038	Centre d'action bénévole de Québec	134 130	135 069
	TOTAL (1 organisme)	134 130	135 069
Cancer			
03-06354	Albatros Québec	–	40 000
03-06040	Mains de l'Espoir de Charlevoix inc.	90 425	91 058
03-06040-1	Mains de l'Espoir de Charlevoix inc. (Baie-Saint-Paul)	19 718	35 000
03-01896	Centrespoir-Charlesbourg inc. (Le)	88 276	88 894
03-06139	Organisation québécoise des personnes atteintes du cancer (1984) inc.	90 468	93 519
	TOTAL (5 organismes)	288 887	348 471
Centres de femmes			
03-01671	Centre des femmes de Charlevoix	194 107	195 466
03-00609	Centre des femmes de la Basse-Ville (Le)	235 160	236 806
03-01621	Centre femmes aux 3 A de Québec inc.	193 343	195 301
03-00144	Centre international des femmes, Québec	194 034	195 392
03-06256	Centre ressources pour femmes de Beauport	193 340	194 693
03-02055	Centre-Femmes aux Plurielles	194 981	196 346
03-02041	Centre-Femmes d'aujourd'hui	194 106	195 465
03-06229	Comité d'aide aux femmes sourdes de Québec	123 407	124 271
	TOTAL (8 organismes)	1 522 478	1 533 740
Communautés culturelles et autochtones			
03-06064	Mieux-Être des Immigrants (Le)	48 485	51 242
03-06200	Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes	70 700	73 613
	TOTAL (2 organismes)	119 185	124 855
Concertation et consultation générale			
03-06154	Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement (AGIR en santé mentale)	73 148	73 660
03-06150	Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix)	18 766	18 897
03-06022	Regroupement des organismes communautaires de la région 03	240 530	242 214
03-06216	Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03 (ROP 03)	16 969	17 088
03-06041	Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec inc.	56 362	56 757
	TOTAL (5 organismes)	405 775	408 616

# Dossier	Organisme	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
Déficiência intellectuelle			
03-06019	Arche L'Étoile inc. (L')	449 226	452 371
03-03010	Association Alti	97 976	108 316
03-01489	Association des personnes handicapées de Charlesbourg	104 781	111 586
03-06043	Association des personnes handicapées de Portneuf	52 391	64 330
03-06044	Association pour l'intégration sociale (L') (Région de Québec)	52 391	61 330
03-06194	Entr'actes, Productions artistiques	104 781	109 168
03-06343	Laura Lémerveil	26 196	50 000
03-06252	Magnifique inc. (Le)	26 569	50 000
03-06152	Regroupement pour l'intégration sociale de Charlevoix	63 429	75 445
03-06255	SAIRAH Service d'autonomisation, d'intégration et de réadaptation aux adultes ayant un handicap inc.	52 391	61 330
03-06052	Société Grand Village inc. (La)	9 859	9 928
	TOTAL (11 organismes)	1 039 990	1 153 804
Déficiência physique			
03-00243	Adaptavie inc.	104 781	111 668
03-06155	Association des personnes avec une déficiência de l'audition	78 587	79 137
03-01059	Association des personnes handicapées de Charlevoix inc.	60 774	72 771
03-01352	Association des personnes intéressées à l'aphasie et à l'accident vasculaire cérébral (APIA-AVC)	60 051	72 043
03-06288	Association des sourds de Québec	12 251	15 991
03-02929	Association des T.C.C. des deux rives (L') (Québec-Chaudière-Appalaches)	52 391	64 330
03-02575	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Québec Métro (03-12) inc.	78 587	85 209
03-02221	Carrefour familial des personnes handicapées	127 348	137 393
03-01779	Centre Signes d'Espoir	234 122	235 761
03-06143	Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap CAPVISH (Le)	92 812	100 847
03-06187	Dysphasie Québec	104 781	109 168
03-05198	Équipe bénévole de l'Institut (L')	30 187	30 790
03-02136	Regroupement des personnes handicapées visuelles (régions 03-12)	130 977	141 048
03-06164	Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	105 343	115 810
	TOTAL (14 organismes)	1 272 922	1 371 966
Maintien à domicile			
03-05111	Action bénévole de Saint-Basile inc.	5 674	5 539
03-02022	Aide à la communauté et services à domicile	49 500	49 847

# Dossier	Organisme	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
03-05855	Association bénévole Côte de Beaupré	157 961	159 067
03-00637	Association bénévole de Charlevoix	157 941	159 047
03-05854	Association Bénévole de l'Île-d'Orléans (L')	75 193	78 138
03-06303	Association des proches aidants de la Capitale-Nationale	77 869	80 832
03-06408	Baluchon Alzheimer	–	8 975
03-05117	Bénévolat Michel-Sarrazin	115 230	104 728
03-05191	Bénévolat Saint-Sacrement inc.	120 981	121 828
03-05136	Carrefour de l'Amitié Charlesbourg	133 418	132 421
03-06312	Carrefour des proches aidants de Québec	118 052	118 878
03-01080	Centre Bonne-Entente	139 268	140 243
03-00205	Centre communautaire Pro-Santé inc.	157 955	159 061
03-00349	Centre d'action bénévole Aide 23	157 913	159 018
03-02811	Centre d'action bénévole du Contrefort	157 965	159 071
03-05138	Comité de la popote de Clermont	6 395	7 000
03-05562	Comité de volontariat de quartier Limoilou-Sud inc.	36 661	50 000
03-05121	Comité Neuville se souvient	16 501	16 700
03-05113	Comité Vas'y de Saint-Raymond	155 584	156 673
03-00746	Entraide communautaire Le Halo (L')	157 919	159 024
03-05929	Entraide des aînés de Sillery	81 983	83 000
03-05189	Entraide du Faubourg inc.	213 304	214 797
03-06066	Entraide Les Saules inc. (L')	66 879	69 220
03-05110	Entraide Sainte-Foy	115 517	116 326
03-05193	Fraternité Sainte-Marie de Ville de Vanier inc. (La)	156 295	157 389
03-00014	Mouvement des services à la communauté du Cap-Rouge inc.	84 577	87 587
03-05566	Popote de Charlesbourg (La)	81 314	78 190
03-05124	Popote et Multi-Services	145 691	146 711
03-05624	Popote Roulante Laval inc.	26 927	27 385
03-02704	Présence-Famille Saint-Augustin	65 258	68 133
03-01904	Regroupement des Aînés de Saint-Émile	9 076	9 140
03-05187	Service Amical Basse-Ville inc.	213 277	214 770
03-05195	Service d'entraide Basse-Ville inc.	154 750	155 833
03-05115	Service d'entraide communautaire Rayon de Soleil	113 630	114 425
03-05186	Service d'entraide Rocamadour	135 580	136 529
03-03101	Société Alzheimer de Québec (La)	96 096	96 769

# Dossier	Organisme	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
03-03101-1	Société Alzheimer de Québec (La) - point de service Charlevoix	46 409	46 734
	TOTAL (37 organismes)	3 804 543	3 849 028
Maisons de jeunes			
03-06203	Alternative jeunesse Mont-Sainte-Anne	52 391	55 176
03-06201	Cabanon (Le) Maison des jeunes de Lac-Beauport	77 101	80 059
03-00297	Corporation d'animation L'Ouvre-Boîte du Quartier	157 174	158 274
03-06117	Corporation jeunesse l'Évasion l'Ormière	74 135	77 072
03-00852	Forum Jeunesse Charlevoix Ouest	16 107	137 326
03-00852-1	Forum Jeunesse Charlevoix Ouest (Saint-Hilarion)	136 371	35 000
03-00852-2	Forum Jeunesse (Repère de la petite rivière Saint-François)	16 107	35 000
03-01115	Groupe action jeunesse de Charlevoix	131 756	132 678
03-01115-1	Groupe action jeunesse (Malbaie)	34 376	35 117
03-01115-2	Groupe action jeunesse (Saint-Aimé-des-Lacs)	21 890	35 000
03-01115-3	Groupe action jeunesse (Saint-Siméon)	16 107	35 000
03-00318	Maison des jeunes « La Marginale » inc. (La)	120 026	120 866
03-02102	Maison des jeunes de Beauport Est	133 188	134 120
03-02102-1	Maison des jeunes de Beauport Est (l'Aventurier de Montmorency)	34 374	35 115
03-00768	Maison des jeunes de Beauport Ouest	129 646	130 554
03-00768-1	Maison des jeunes de Beauport Ouest - L'Alibi de Cambert	21 891	35 000
03-06127	Maison des jeunes de Boischatel (La)	99 019	102 130
03-01129	Maison des jeunes de Cap-Rouge inc. (La)	134 644	135 587
03-06128	Maison des jeunes de Duberger	74 226	77 164
03-00704	Maison des jeunes de L'Ancienne-Lorette	106 142	109 303
03-06189	Maison des jeunes de l'Île d'Orléans	77 318	80 277
03-06189-1	Maison des jeunes de l'Île d'Orléans (Saint-Pierre)	34 374	35 115
03-06247	Maison des jeunes de Neuville	52 391	55 176
03-06259	Maison des jeunes de Notre-Dame-des-Monts (La)	52 391	55 176
03-03222	Maison des jeunes de Pont-Rouge 125 inc. (La)	74 745	77 686
03-02426	Maison des jeunes de Saint-André de Neufchâtel (La)	74 223	77 161
03-03215	Maison des jeunes de Saint-Augustin-de-Desmaures inc. (La)	88 728	91 767
03-03215-1	Maison des jeunes de Saint-Augustin-de-Desmaures (L'Illusion)	28 856	35 000
03-06306	Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-de-Laval	52 391	52 131
03-06126	Maison des jeunes de Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	74 226	77 164
03-06224	Maison des jeunes de Saint-Émile	52 391	55 176

# Dossier	Organisme	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
03-06191	Maison des jeunes de Saint-Ferréol-les-Neiges	69 254	72 157
03-06191-1	Maison des jeunes de Saint-Ferréol-les-neiges (La Zone)	16 106	35 000
03-06208	Maison des jeunes de Saint-Raymond inc. (La)	40 222	40 504
03-00811	Maison des jeunes de Sillery inc. (La) - L'Élément inc.	86 026	89 046
03-02416	Maison des jeunes de Wendake inc. (La)	69 085	71 987
03-00767	Maison des jeunes du Lac-Saint-Charles inc.	105 742	108 900
03-00128	Maison des jeunes du quartier Saint-Jean-Baptiste (La)	157 174	158 274
03-00299	Maison des jeunes La Parenthèse (La)	132 709	133 638
03-06223	Maison des jeunes l'Atôme	52 682	55 469
03-00318-1	Maison des jeunes L'Entre-ados	21 890	35 000
03-00464	Maison des jeunes L'Envol de Sainte-Foy inc.	131 533	132 454
03-02381-1	Maison des jeunes Le RADO de Lebourgneuf	21 982	35 000
03-01999	Maison des jeunes l'Escapade de Val-Bélair	148 786	149 828
03-00301	Maison des jeunes l'Exode de Limoilou (La)	124 570	125 442
03-02262	Maison des jeunes l'Intégrale inc. (La)	132 346	133 272
03-02262-2	Maison des jeunes l'Intégrale Sud	32 582	35 000
03-02262-1	Maison des jeunes l'Intégrale (Thuyas)	32 582	35 000
03-02381	Pilier Jeunesse - Maison des jeunes de Les Saules et de Lebourgneuf inc. (La)	139 475	140 451
03-00297-1	Place de la Rive	78 296	81 262
	TOTAL (50 organismes)	3 841 747	4 055 054
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse			
03-03057	Centre résidentiel et communautaire Jacques-Cartier (Le)	127 832	149 109
03-01344	Gîte Jeunesse inc.	448 822	451 964
03-01344-1	Gîte Jeunesse Sainte-Foy	38 282	40 968
03-01804	Maison Marie-Frédéric	395 591	398 360
03-00022	Maison Richelieu Hébergement Jeunesse inc.	400 335	403 137
03-06236	SQUAT Basse-Ville	228 399	229 998
	TOTAL (6 organismes)	1 639 261	1 673 536
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté			
03-00146	Association Y.W.C.A. de Québec	165 409	209 203
03-06293	Maison communautaire Missinak Ressource d'hébergement et de ressourcement pour femmes autochtones et leurs familles	555 972	559 864
03-00045	Maison des femmes de Québec (La)	741 023	746 210
03-02799	Maison du cœur pour femmes	676 108	680 841

# Dossier	Organisme	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
03-00154	Maison Hélène-Lacroix	709 268	714 233
03-00715-1	Maison La Montée (Baie-Saint-Paul)	–	30 000
03-00715	Maison La Montée (La)	694 391	699 252
03-00504	Maison Marie-Rollet	762 880	768 220
03-00812	Maison pour femmes immigrantes	763 580	768 925
03-02513	Mirépi, Maison d'hébergement inc.	745 087	750 303
	TOTAL (10 organismes)	5 813 718	5 927 051
Organismes de justice alternative			
03-00300	Autre avenue (L'), organisme de justice alternative	646 047	650 569
03-01925	Entraide jeunesse Québec	121 280	122 129
03-02788	ESPACE région de Québec	195 716	197 086
	TOTAL (3 organismes)	963 043	969 784
Personnes démunies			
03-06257	Baratte (La)	51 607	51 968
03-06013	Butineuse de Vanier inc. (La)	71 076	73 992
03-06065	Café rencontre du Centre-Ville (Québec) inc.	76 011	77 911
03-06330	Communautés Solidaires	33 286	50 000
03-06165	Courtepointe (La)	55 423	58 229
03-06324	Cuisine collective Beauport	49 262	52 025
03-06094	Entraide Agapè	78 473	81 440
03-06015	Fondation fête d'enfant dédè inc.	20 973	21 120
03-02972	Maison de Lauberivière, aide aux adultes en difficulté	273 316	304 536
03-01803	Moisson Québec inc.	76 583	79 537
03-00210	Relais d'Espérance	83 090	86 090
03-06160	Ruche Vanier inc. (La)	71 204	72 628
03-06179	Société de Saint-Vincent de Paul de Québec (La)	41 240	41 529
03-06093	Solidarité Familles Duberger - Les Saules	60 021	62 859
	TOTAL (14 organismes)	1 041 565	1 113 864
Santé mentale			
03-06073	Amarrage (L') (Centre Croissance-Renaissance)	393 344	396 097
03-06030	Arc-en-ciel Organisme communautaire en santé mentale	579 714	583 772
03-06030-1	Arc-en-ciel, organisme communautaire en santé mentale (Saint-Casimir)	–	30 000
03-02561	Archipel d'entraide (L')	306 631	308 777

# Dossier	Organisme	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
03-06033	Association canadienne pour la santé mentale (région de Québec) inc.	144 274	145 284
03-06270	Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec (03) APUR	92 413	93 060
03-06281	Atelier de la mezzanine	159 142	160 256
03-06061	Auto-Psy (région de Québec)	173 311	174 524
03-06062	Boussole (La), Regroupement des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale	369 118	371 702
03-00138	Centre Communautaire l'Amitié inc. (Le)	224 937	226 512
03-06072	Centre de crise de Québec	2 523 114	2 540 776
03-06075-1	Centre de jour Feu Vert (Beauport)	25 630	35 000
03-06075-2	Centre de jour Feu Vert (Sainte-Brigitte-de-Laval)	23 637	24 346
03-06075	Centre de jour Feu Vert inc.	237 245	238 906
03-06096	Centre de jour L'Envol inc.	110 513	111 287
03-00030	Centre de parrainage civique de Québec inc. (Le)	130 287	131 199
03-06076	Centre de prévention du suicide C.P.S.	879 017	885 170
03-06092	Centre de prévention du suicide de Charlevoix	198 750	200 141
03-06092-1	Centre de prévention du suicide de Charlevoix (Baie-Saint-Paul)	29 531	35 000
03-06079	Centre d'entraide du trouble affectif bipolaire de Québec	144 177	145 186
03-06234	Centre d'entraide Émotions	113 418	114 212
03-06085	Centre social de la Croix Blanche (région de Québec)	215 307	216 814
03-06006	Cercle Polaire (Le)	145 853	146 874
03-06147	Contact-Aînés	22 139	32 000
03-06105	Croissance-Travail	956 870	963 568
03-06137	Demi-Lune	129 955	130 865
03-06109	Éveil Charlevoisien (L')	385 221	387 918
03-06112	Libre Espace Côte-de-Beaupré inc.	110 513	111 287
03-06213	Maison l'Éclaircie	306 217	308 361
03-06007	Marée (La) Regroupement des parents & amis de la personne atteinte de maladie mentale	161 282	162 411
03-06007-1	Marée (La) Regroupement des parents & amis de la personne atteinte de maladie mentale (Baie-Saint-Paul)	99 793	100 492
03-06311	Odyssée Bleue inc. (L')	27 139	50 000
03-03076	Organisation communautaire d'écoute et d'aide naturelle (OCÉAN)	155 581	164 742
03-06084	Organisation pour la santé mentale œuvrant à la sensibilisation et à l'entraide (O.S.M.O.S.E.)	110 804	111 580
03-06309	Parents-Espoir	33 286	50 000

# Dossier	Organisme	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
03-06144	Pavois (Le) Programme d'activités valorisantes offrant interaction et soutien	887 894	894 109
03-06315	Pavois de Loretteville (Le)	114 126	114 925
03-06316	Pavois de Sainte-Foy (Le)	156 039	157 131
03-03258	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement P.E.C.H.	1 166 191	1 190 864
03-06158	Relais la Chaumine inc.	285 885	287 886
03-06169	Service d'entraide l'Espoir (Québec)	110 442	111 215
03-01872	Tel-Aide Québec inc.	134 742	135 685
03-06238	Verger (Le), centre communautaire en santé mentale	110 380	122 466
	TOTAL (43 organismes)	12 683 862	12 902 400
Santé physique			
03-06167	Association de fibromyalgie - région de Québec	47 677	50 429
03-01233	Association des grands brûlés (L') F.L.A.M.	169 732	174 574
03-06277	Association des handicapés respiratoires de Québec (1984) inc.	36 674	37 000
03-06289	Association des Laryngectomisés de Québec inc.	7 506	–
03-01785	Club bon cœur des cardiaques de Charlevoix inc.	66 040	68 920
03-06227	Club cardio-santé de Charlevoix inc.	63 721	66 585
03-06339	Diabétiques de Québec (Les)	–	40 000
03-01458	Épilepsie Section de Québec	43 422	50 000
03-06276	Fondation de la greffe de moelle osseuse de l'Est du Québec	30 940	31 157
03-06271	Parkinson région Québec Chaudière-Appalaches	51 566	54 345
03-06346	Regroupement des stomisés Québec-Lévis inc.	–	13 696
	TOTAL (11 organismes)	517 278	586 706
Troubles envahissants du développement			
03-02552	Association Panda Capitale-Nationale	107 023	107 772
03-01011	Autisme Québec	139 210	149 338
	TOTAL (2 organismes)	246 233	257 110
VIH - SIDA			
03-01594	Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-sida à Québec (MIELS-Québec)	613 826	618 123
	TOTAL (1 organisme)	613 826	618 123
	TOTAL DU FINANCEMENT PSOC (272 ORGANISMES)	41 926 191	43 664 369

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Québec 