



# RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2019-2020

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

# **RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2019-2020**

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

Dépôt légal : 2020  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada  
ISBN : 978-2-550-87616-8 (Imprimé)  
ISBN : 978-2-550-87617-5 (PDF)

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS</b> .....	<b>9</b>
<b>2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES</b> .....	<b>10</b>
<b>3. LA PRÉSENTATION ET LES FAITS SAILLANTS</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1 LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> .....	<b>11</b>
<b>3.2 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES</b> .....	<b>15</b>
<b>3.2.1 Conseil d'administration</b> .....	<b>15</b>
<b>3.2.2 Comités, conseils et instances consultatives</b> .....	<b>15</b>
<b>3.3 LES FAITS SAILLANTS</b> .....	<b>17</b>
<b>3.3.1 Direction de santé publique (DSPu)</b> .....	<b>17</b>
<b>3.3.2 Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)</b> .....	<b>19</b>
3.3.2.1 Mission de soutien à domicile .....	19
3.3.2.2 Mission d'hébergement .....	20
3.3.2.3 Mission de services gériatriques spécialisés .....	21
<b>3.3.3 Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique (DDITSADP)</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3.4 Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)</b> .....	<b>23</b>
<b>3.3.5 Direction des programmes Santé mentale et Dépendances (DSMD)</b> .....	<b>25</b>
<b>3.3.6 Direction du programme Jeunesse (DJ)</b> .....	<b>27</b>
<b>3.3.7 Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP)</b> .....	<b>29</b>
<b>3.3.8 Direction des services professionnels (DSP)</b> .....	<b>31</b>
<b>3.3.9 Direction des services multidisciplinaires (DSM)</b> .....	<b>34</b>
<b>3.3.10 Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU)</b> .....	<b>36</b>
<b>3.3.11 Direction de la recherche (DR)</b> .....	<b>38</b>
3.3.11.1 Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) .....	38
3.3.11.2 Centre de recherche CERVO .....	38
3.3.11.3 Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF) .....	39
3.3.11.4 Centre de recherche en santé durable VITAM (ancien CERS SPL-UL) .....	39
<b>3.3.12 Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)</b> .....	<b>40</b>
3.3.12.1 Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique (BPUE) .....	40
3.3.12.2 Coordination du suivi de la qualité et de la gestion des ressources .....	40
3.3.12.3 Direction adjointe de l'amélioration continue de la qualité .....	41
3.3.12.4 Équipe de coordination de la sécurité civile et des mesures d'urgence .....	41
3.3.12.5 Unité de gestion et de suivi de l'information .....	41
3.3.12.6 Direction adjointe de l'amélioration continue de la performance .....	42
<b>3.3.13 Direction des services techniques (DST)</b> .....	<b>42</b>



3.3.14	Direction des ressources informationnelles (DRI)	44
3.3.15	Direction de la logistique (DL)	46
3.3.16	Direction des affaires juridiques et institutionnelles (DAJI)	47
3.3.17	Direction des ressources humaines et des communications (DRHC)	49
3.3.17.1	Direction adjointe des communications (DAC)	50
3.3.18	Direction des ressources financières (DRF)	51
<b>4.</b>	<b>LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ</b>	<b>53</b>
4.1	LES ATTENTES SPÉCIFIQUES (CHAPITRE III)	53
4.1.1	Santé publique	53
4.1.2	Programmes destinés aux personnes, aux familles et aux communautés	54
4.1.3	Affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques	55
4.1.4	Infrastructures, logistique, équipements et approvisionnement	56
4.1.5	Coordination, planification, performance et qualité	56
4.1.6	Technologies et information	57
4.2	LES INDICATEURS DE L'ENTENTE DE GESTION 2	59
4.2.1	Santé publique	59
4.2.2	Santé publique – prévention et contrôle des infections nosocomiales	60
4.2.3	Services généraux – activités cliniques et d'aide	61
4.2.4	Soutien à domicile de longue durée	62
4.2.5	Soutien à l'autonomie des personnes âgées	63
4.2.6	Déficiences	64
4.2.7	Jeunes en difficulté	66
4.2.8	Dépendances	66
4.2.9	Santé mentale	67
4.2.10	Urgence	67
4.2.11	Soins palliatifs et soins de fin de vie	68
4.2.12	Chirurgie	69
4.2.13	Santé physique – services de première ligne	70
4.2.14	Santé physique – imagerie médicale	71
4.2.15	Santé physique – oncologie	72
4.2.16	Santé physique – services spécialisés	72
4.2.17	Ressources matérielles	73
4.2.18	Ressources humaines	73
4.2.19	Multiprogrammes	74
4.2.20	Autres résultats – indicateurs inscrits dans le plan stratégique 2019-2023	75
<b>5.</b>	<b>LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ</b>	<b>76</b>
5.1	L'AGRÉMENT	76
5.2	LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	76

5.3 LE PROTECTEUR DU CITOYEN .....	79
5.4 LES RECOMMANDATIONS DU CORONER .....	80
5.5 LES RECOMMANDATIONS ISSUES DES ORDRES PROFESSIONNELS .....	81
5.5.1 Ordre des infirmières et des infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) .....	81
5.6 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS.....	82
5.7 LE RAPPORT ANNUEL DU MÉDECIN EXAMINATEUR.....	82
5.8 LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION .....	83
5.9 L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION.....	84
<b>6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE .....</b>	<b>85</b>
<b>7. LES RESSOURCES HUMAINES .....</b>	<b>87</b>
<b>8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....</b>	<b>89</b>
8.1 LES CONTRATS DE SERVICE .....	90
<b>9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT .....</b>	<b>91</b>
<b>10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES.....</b>	<b>103</b>
<b>11. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES .....</b>	<b>104</b>
11.1 LES SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	104
11.2 LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – MISSION GLOBALE ET ACTIVITÉ SPÉCIFIQUE .	106
<b>ANNEXE.....</b>	<b>114</b>
ANNEXE 1 – LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS .....	114



# 1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Le présent rapport annuel fait état des enjeux et des réalisations pour l'ensemble des missions de l'établissement, en conformité avec son plan d'action 2018-2020. Depuis son adoption, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a piloté 36 projets stratégiques découlant des cinq grands piliers qui guident ses actions et ses priorités<sup>1</sup>. Plusieurs de ces projets ont d'ailleurs atteint une maturité qui n'aurait pu se manifester sans le dynamisme, l'engagement et la mobilisation du personnel. Voilà autant d'éléments qui ont permis à l'établissement d'obtenir un taux de conformité de 97,9 % aux critères et aux pratiques organisationnelles examinés par Agrément Canada lors de sa visite d'évaluation à l'automne 2019.

Au cours de l'exercice 2019-2020, l'établissement a su composer habilement avec les défis de main-d'œuvre grandissants dans un contexte de pénurie de personnel, et ce, grâce à des stratégies de recrutement avisées et au rehaussement de structures de postes dans l'ensemble des directions de programmes. Pendant la crise sanitaire exceptionnelle causée par la pandémie de COVID-19, le CIUSSS a démontré comment il pouvait s'adapter dans sa réponse aux directives ministérielles, collaborer à la coordination régionale en sécurité civile et livrer une prestation de travail intense pour faire face à cette pression additionnelle.

## **Des trajectoires de soins et de services améliorés pour le plus grand bénéfice des usagers et de leur famille**

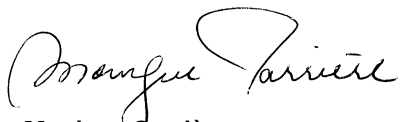
Depuis 2015, l'ensemble des ressources cliniques travaille à l'amélioration des soins et des services de

santé et des services sociaux de proximité du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Au cours des dernières années, toutes les directions de programmes ont contribué aux travaux visant l'amélioration de l'accès et de la fluidité des services. Leur collaboration a mené à la concrétisation du projet d'accès intégré et harmonisé aux soins et services de proximité. Déployé en plusieurs phases, ce projet est le fruit d'une mise en commun de l'expertise de la communauté de professionnels et de gestionnaires de l'établissement, mais aussi de ses partenaires locaux et régionaux. De plus, de concert avec les acteurs du milieu, le CIUSSS a poursuivi ses efforts pour améliorer la structure de gouvernance et l'organisation des réseaux locaux de services.

## **Des investissements bienvenus**

En novembre 2019, le ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait un investissement de 22 M\$ sur trois ans, pour des services de proximité à l'Hôpital régional de Portneuf. Dans la même période, une étape importante était franchie grâce à la mobilisation de l'ensemble des partenaires au projet d'agrandissement de l'Hôpital de La Malbaie, lequel a été officialisé lors de l'annonce, par le gouvernement, d'un investissement de près de 255 M\$.

À la lecture du rapport annuel de gestion 2019-2020, vous pourrez apprécier la qualité du travail et la mobilisation du personnel qui caractérisent notre organisation. Chaque jour, l'engagement de tous ses acteurs contribue à offrir des soins et des services de plus en plus adaptés aux besoins de la population. Nous les remercions.



**Monique Carrière**  
Présidente du conseil d'administration



**Michel Delamarre**  
Président-directeur général

---

1. Savoirs et innovations, Accessibilité et continuité, Qualité et sécurité, Valorisation des personnes et Efficience des ressources

## 2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction de l'audit interne. Un rapport a été produit à cet effet.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2019-2020 du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance 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 2020.



**Michel Delamarre**  
Président-directeur général



# 3. LA PRÉSENTATION ET LES FAITS SAILLANTS

## 3.1 LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

---

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<sup>1</sup> et de Portneuf.

Il répond aux besoins de 755 459 citoyens résidant sur un territoire de 18 643 km<sup>2</sup>.

- (7 %) Portneuf
- (4 %) Charlevoix
- (89 %) Québec
- 17 % de la population est âgée de 0 – 17 ans, et 22 %, 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 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 et sont développés avec la participation des usagers, de leurs proches et des personnes qui œuvrent au sein de l'organisation.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale 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.

---

1. Regroupe les villes de Québec, Ancienne-Lorette, Saint-Augustin-de-Desmaures ainsi que la MRC de La Jacques-Cartier, de La Côte-de-Beaupré et de l'Île-d'Orléans.

## Responsabilisation

Se manifeste par la rigueur et l'imputabilité afin de contribuer à la réalisation de la mission de l'établissement en demeurant centré 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

- Est l'établissement qui compte le plus grand nombre d'employés (18 623) en santé et en services sociaux de la Capitale-Nationale;
- Constitue un réseau d'excellence en soins et en services de santé et sociaux, en recherche et en enseignement tout en assurant la promotion et la protection de la santé publique;
- Regroupe quatre centres de recherche et quatre instituts universitaires;
- Collabore avec 12 fondations;
- Est responsable de plus de 200 installations;
- Offre des soins et des services à la communauté anglophone et à la population immigrante de son territoire;
- Gère un budget annuel de fonctionnement de 1,6 G\$.

## Ses ressources humaines

### Des personnes engagées et compétentes

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale accomplit sa mission grâce à la contribution de plus de 18 000 employés, dont 607 gestionnaires répartis dans 21 directions, 737 médecins, 312 chercheurs, 91 pharmaciens, 10 dentistes, 18 sages-femmes et plus de 1 000 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 [ciussscn.ca](http://ciussscn.ca).

## Le CIUSSS de la Capitale-Nationale vise :

- une amélioration de l'accessibilité et la continuité des services;
- une véritable intégration des services offerts à la population axée sur la satisfaction des usagers;
- une harmonisation des pratiques;
- une offre de soins qui facilite le parcours de l'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, dont 33 en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme;
- 4 centres de réadaptation;
- 29 centres d'hébergement et de soins de longue durée;
- 6 centres hospitaliers (CH);
- 28 centres locaux de services communautaires (CLSC);
- 8 foyers de groupe;
- 33 groupes de médecine de famille (GMF), dont 5 GMF-U et 7 GMF-R;
- 4 instituts universitaires et 4 centres de recherche;
- 1 maison de naissance;
- 29 plateaux de travail;
- 2 cliniques externes en gériatrie;
- 22 résidences à assistance continue (21 pour les usagers présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et 1 pour les usagers présentant un trouble grave de comportement);
- 156 résidences privées pour aînés (RPA);
- 10 ressources d'hébergement en dépendances et jeu pathologique (RHD);
- 748 ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF);
- 7 salles d'urgence en santé physique et 2 salles d'urgence en psychiatrie.

## Exploitation des lits

### Longue durée

- 4 635 lits en centre d'hébergement de soins de longue durée dont :
  - 2 846 lits en CHSLD public;
  - 1 034 lits en CHSLD privé conventionné;
  - 101 lits de réadaptation de longue durée en psychiatrie;
  - 650 lits en RI de soutien à l'autonomie des personnes âgées.

### Courte durée

- 30 lits en pédopsychiatrie
- 282 lits en psychiatrie
- 351 lits en santé physique
- 131 lits en gériatrie (UCDG et URFI)

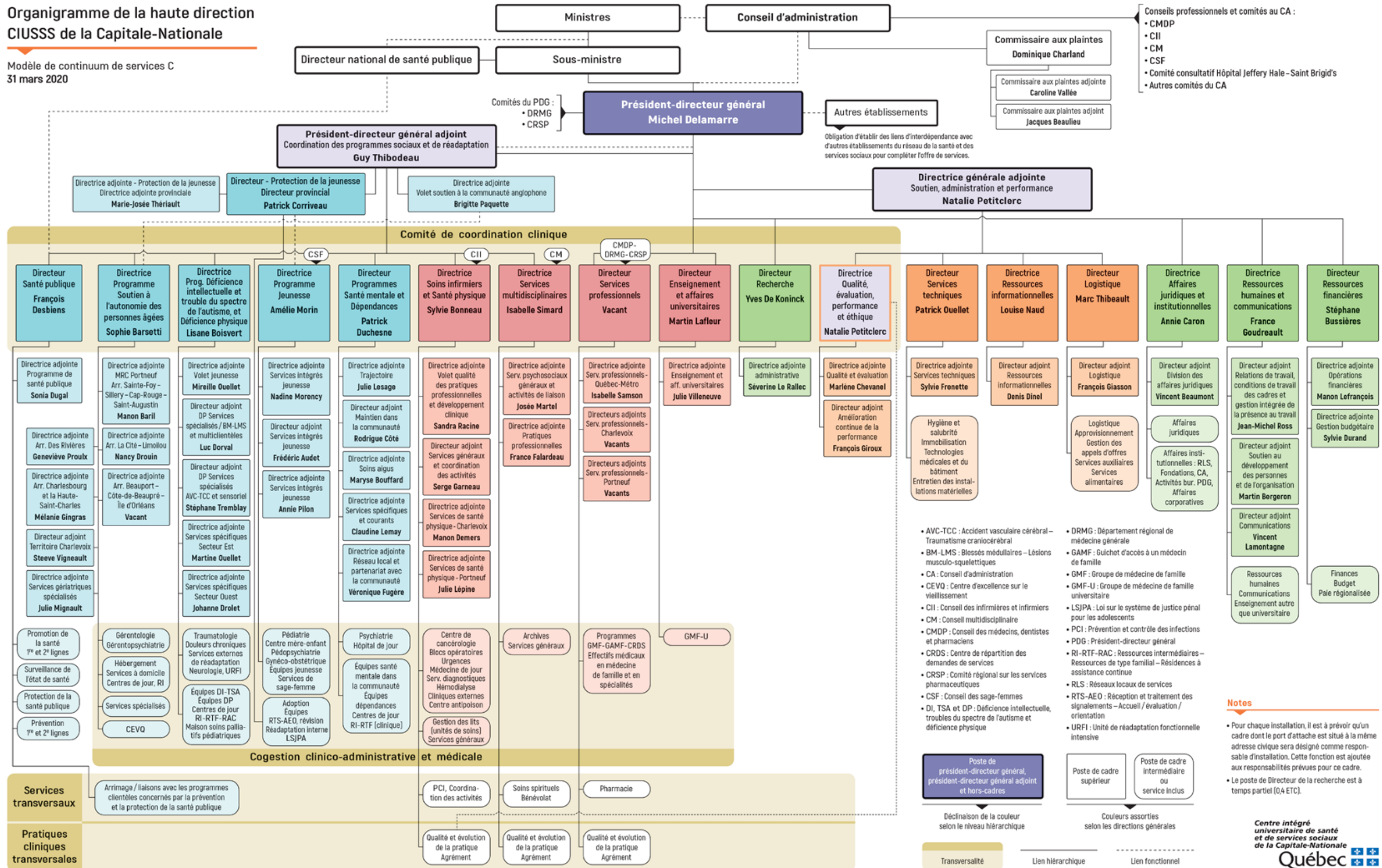
---

En date de juillet 2020. Les données statistiques présentées dans le document sont sous réserve de modifications.

# ORGANIGRAMME

## Organigramme de la haute direction CIUSSS de la Capitale-Nationale

Modèle de continuum de services C  
31 mars 2020



- Conseils professionnels et comités au CA :
- CMDP
  - CII
  - CM
  - CSF
  - Comité consultatif Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's
  - Autres comités du CA

Obligation d'établir des liens d'interdépendance avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour compléter l'offre de services.

- AVC-TCC : Accident vasculaire cérébral – Traumatisme crânio-cérébral
- BM-LMS : Blessés médullaires – Lésions musculo-squelettiques
- CA : Conseil d'administration
- CEVQ : Centre d'excellence sur le vieillissement
- CII : Conseil des infirmières et infirmiers
- CM : Conseil multidisciplinaire
- CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- CRDS : Centre de répartition des demandes de services
- CRSP : Comité régional sur les services pharmaceutiques
- CSF : Conseil des sage-femmes
- DI, TSA et DP : Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique
- DRMG : Département régional de médecine générale
- GAMF : Guichet d'accès à un médecin de famille
- GMF-U : Groupe de médecine de famille universitaire
- LSJPA : Loi sur le système de justice pénal pour les adolescents
- PCI : Prévention et contrôle des infections et pharmaciens
- PDG : Président-directeur général
- RI-RTF-RAC : Ressources intermédiaires – Ressources de type familial – Résidences à assistance continue
- RLS : Réseaux locaux de services
- RTS-AEO : Réception et traitement des signalements – Accueil / évaluation / orientation
- URFI : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Poste de président-directeur général, président-directeur général adjoint et hors-cadres

Poste de cadre supérieur

Poste de cadre intermédiaire ou service inclus

Déclinaison de la couleur selon le niveau hiérarchique

Couleurs assorties selon les directions générales

Transversalité

Lien hiérarchique

Lien fonctionnel

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

### 3.2.1 CONSEIL D'ADMINISTRATION

#### Composition

##### Membre d'office

**M. Michel Delamarre,**  
président-directeur général du CIUSSS

##### Membres indépendants

**Mme Monique Carrière,** présidente  
expertise en santé mentale

**Mme Joan Chandonnet,**  
compétences en vérification, performance, gestion de  
la qualité

**Mme Sylvie Dillard,**  
compétences en gouvernance et en éthique

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

**M. Normand Julien,**  
expertise en réadaptation

**M. Simon Lemay**  
(fin de mandat en mars 2020)

**Mme Line Plamondon,**  
expertise dans les organismes communautaires

**M. Serge Savaria,**  
expérience à titre d'usager des services sociaux  
2 postes vacants

##### Membres désignés

**Mme Sylvie Charbonneau,**  
comité régional sur les services pharmaceutiques  
(fin de mandat en mars 2020)

**Mme Violaine Couture,**  
conseil des infirmières et des infirmiers

**M. Stéphane Garneau,**  
conseil multidisciplinaire

**Mme Véronique Vézina,**  
comité des usagers

2 postes vacants

##### Membres désignés universitaires

**M. Régnald Bergeron,**  
université affiliée

**Mme Gina Muckle,**  
université affiliée

##### Membre non votant fondations

**M. Jean-Denis Paquet**

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

Conformément aux fonctions qui lui sont attribuées en vertu du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration (Règlement 02), toutes les déclarations des membres du conseil d'administration ont été reçues sans objet particulier à signaler (voir l'annexe 1).

Aucun cas n'a été traité à l'égard de manquements qui auraient pu être constatés en cours d'année.

### 3.2.2 COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

Tous les comités du conseil d'administration sont actifs et font le travail pour lequel ils sont mis en place conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

#### Comités obligatoires du conseil

- Comité de gouvernance et d'éthique
- Comité de vérification
- Comité de vigilance et de la qualité

#### Comités facultatifs du conseil

- Comité des ressources humaines
- Comité des soins et des services
- Comité des affaires universitaires et de l'innovation
- Comité d'évaluation du rendement du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur

#### Comités-conseils autres

- Comité consultatif du Jeffery Hale – Saint Brigid's
- Comité d'éthique clinique et de l'enseignement
- Comités d'éthique de la recherche sectoriels
- Comité de gestion des risques
- Commissaire aux plaintes et à la qualité des services



- Médecin examinateur
- Comité de révision
- Comité des usagers
- Comité régional des services pharmaceutiques
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
  - Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique
  - Comité de direction du Département régional de médecine générale
  - Comité d'examen des titres
  - Comité de pharmacologie
- Conseil des infirmières et des infirmiers
- Conseil multidisciplinaire
- Conseil des sages-femmes

### Comités du conseil d'administration

Conformément au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale*, tous les membres du conseil d'administration siègent à un comité ou plusieurs comités, selon des règles de composition établies et le profil pour lequel ils ont été nommés. Au cours de la dernière année, chacun des comités a tenu de 3 à 6 réunions, ce qui représente un taux de participation de près de 98 %. Le comité sur les soins et les services fait exception ; il a dû suspendre ses activités en raison notamment de postes vacants. Les membres qui composent les comités ont analysé avec rigueur chacun des dossiers présentés, en soutenant le même objectif d'offrir aux usagers et à la population des services de qualité et sécuritaires. Le dévouement admirable et l'engagement exemplaire des membres du conseil d'administration au sein des comités méritent d'être soulignés.

Voici les principaux faits saillants lors des réunions des comités pour 2019-2020.

#### Comité de gouvernance et d'éthique (comité obligatoire)

- Élaboration d'un plan d'action en préparation de la visite d'Agrément Canada à l'automne 2019 ;
- Révision du processus d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, de la contribution du président et de celle des membres du conseil d'administration ;
- Révision des modalités de fonctionnement du conseil d'administration ;
- Suivi des projets prioritaires en rapport avec le plan d'action 2018-2020.

#### Comité de vigilance et de la qualité (comité obligatoire)

- Analyse des rapports trimestriels sur la gestion des risques et de la qualité des services, et du rapport annuel 2018-2019 du Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique ;
- Présentation des divers conseils professionnels mettant en lumière la collaboration et le partage des expertises dans les travaux interconseils ;
- Réception, analyse et recommandations afin d'assurer le suivi des rapports portant sur le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes ;
- Présentation des résultats de l'évaluation de l'expérience des usagers de la Direction du programme Jeunesse et de la Direction de la protection de la jeunesse ;
- Présentation du processus d'appréciation de l'offre alimentaire visant à établir des standards nutritionnels et opérationnels qui assurent la sécurité des usagers.

#### Comité de vérification (comité obligatoire)

- Suivi périodique du budget 2019-2020 et audit des états financiers 2019-2020 ;
- Préparation du budget 2020-2021 ;
- Gestion de la performance financière visant à offrir les meilleurs services à la population par une amélioration de l'efficacité des ressources accordées à l'établissement ;
- Réception du bilan annuel des réalisations en ressources informationnelles, du bilan de la sécurité de l'information 2018-2019 et du Plan d'action en sécurité de l'information 2019-2020.

#### Comité des ressources humaines (comité facultatif)

- Analyse des rapports annuels 2018 et trimestriels liés à la Politique relative à la promotion de la civilité et à la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail, au traitement des plaintes et aux activités de formation offertes ;
- Analyse d'un plan de relève des cadres intermédiaires supporté par un programme interne de développement ;
- Analyse de l'état de situation et des risques ainsi que des actions prises pour répondre aux besoins de main-d'œuvre ;
- Suivi des négociations locales avec les instances syndicales et les développements dans la mise en place des nouvelles conventions collectives ;

- Suivi de la norme sur le leadership et de la norme sur l'excellence des services en prévision de la visite d'Agrement Canada.

### **Comité des affaires universitaires et de l'innovation (comité facultatif)**

- Discussion sur les enjeux liés à l'intégration et à l'arrimage des différents volets de la mission de l'établissement et sur le pilier « Savoirs et innovation » qui fait référence au développement et au partage des connaissances scientifiques

ou expérientielles pour des soins et des services exemplaires et avant-gardistes ;

- Réflexion sur les moyens à prendre pour faire rayonner la mission universitaire tant à l'interne qu'à l'externe ;
- Présentation sur la structure mise en place pour la mission universitaire.

Vous pouvez lire les rapports annuels détaillés de chacun des comités du conseil d'administration sur le site Web de l'organisation au [ciussscn.ca](http://ciussscn.ca).

## **3.3 LES FAITS SAILLANTS**

### **3.3.1 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (DSPu)**

#### **Réalisations**

##### **Information et consultation de la population**

La Direction de santé publique poursuit sa lutte contre les inégalités sociales de santé malgré le contexte de pandémie. À ce propos, une consultation réalisée auprès de 50 organismes communautaires a mené à l'élaboration d'un plan d'action COVID-19 en soutien aux milieux communautaires et aux populations vulnérables. Ainsi, des capsules vidéo ont été mises en ligne sur le site Web du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour répondre aux besoins indiqués lors de la consultation. D'autres capsules sur l'importance des saines habitudes de vie ont été réalisées à partir des données de surveillance sur l'état de santé de la population. Elles ont été diffusées sur la page Facebook du CIUSSS, dans les bulletins internes de l'organisation et de la direction, sur les écrans d'accueil, etc. Enfin, une boîte de courriel a été créée afin que les organismes obtiennent rapidement des réponses à leurs questions.

##### **Surveillance de l'état de santé**

Dix publications présentant l'état de santé de la population de la région ont été produites en vue de faciliter la planification des services que doivent offrir le CIUSSS et ses partenaires : les infections et les intoxications ; la santé globale ; la structure de la population ; les maladies chroniques et les habitudes de vie ; le faible revenu ; les revenus moyen et médian ; la scolarité des 25-64 ans ; la structure de la famille ; la taille des ménages et des familles ; la population vivant seule.

##### **Santé environnementale**

L'équipe du programme Santé et environnement a le mandat d'évaluer les risques pour la santé liés à la

qualité de l'environnement (ex. : projet « Mon environnement, ma santé », dossier « Parc des Carrières » ou celui de la 122<sup>e</sup> Rue). Pour ce faire, la collaboration avec des partenaires régionaux tels que la Ville de Québec, le ministère de l'Environnement, le programme Lutte contre les changements climatiques, le ministère des Transports et les comités de vigilance, s'avère nécessaire.

##### **Santé au travail**

L'équipe a réalisé cette année des interventions auprès de 325 milieux de travail différents. Elle a également traité près de 4 500 demandes en rapport avec le programme *Pour une maternité sans danger* qui vise à protéger la santé des travailleuses enceintes, des femmes qui allaitent et de leur bébé.

Dans le cadre de la pandémie de COVID-19, l'équipe du programme Santé au travail a mis sur pied des cellules de soutien pour sensibiliser le personnel des milieux de travail en déconfinement et de différents secteurs d'activités économiques (services municipaux, camps de jour, activités scolaires, restauration, soins personnels et thérapeutiques, centres commerciaux, etc.).

##### **Prévention et protection contre les maladies infectieuses**

###### **→ Utilisation de drogues par injection et inhalation, et réduction des méfaits**

Un appel de projets portant sur la prévention et les réponses aux surdoses d'opioïdes a été lancé. Cette démarche a mené à la sélection de quatre projets en réduction de méfaits. Une allocation a été versée à huit organismes pour couvrir les frais de démarrage et de formation inhérents à la distribution de naloxone.

Dans le contexte de la COVID-19, les équipes du Centre de réadaptation en dépendance de Québec, du programme Santé mentale et Dépendances et des Services

intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang ont mis en place une trajectoire alternative pour améliorer l'accès à la naloxone.

De plus, ces équipes ont assuré aux utilisateurs de drogues régionaux une plus grande disponibilité de nouveau matériel adapté à leurs besoins (pipes à crack, capsules pour doser le GHB et récupérateurs de seringues) et ont préparé, conjointement avec les milieux communautaires, un feuillet informatif sur le GHB.

#### → **Clinique de tuberculose**

Le transfert des activités de la clinique de tuberculose latente entre l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et la Direction de santé publique a été effectué. Plus de 140 usagers actifs et 50 autres en attente d'une consultation ont été pris en charge en date du 1<sup>er</sup> avril 2020 par l'équipe composée d'une infirmière, d'un médecin, d'un infectiologue et d'une agente administrative.

L'implantation du dossier médical électronique permet dorénavant d'accéder en tout temps au dossier de l'usager et de mieux gérer la clientèle lors d'une consultation en clinique de médecine familiale (GMF) ou d'un suivi de la santé publique.

#### → **Campagne de vaccination contre l'influenza**

Comme chaque année, la campagne de vaccination contre l'influenza aura lieu. Toutefois, son organisation devra s'accompagner des mesures de protection requises.

### **Promotion et prévention**

Le nouveau cadre de référence des services intégrés en périnatalité et petite enfance a été appliqué à l'hiver 2020, en collaboration avec la Direction du programme Jeunesse. Il prévoit, entre autres, la mise en place d'une équipe formée d'une infirmière et d'un éducateur pour assurer une réponse globale aux parents.

L'offre de service du programme de santé dentaire a été bonifiée. Elle permet maintenant aux élèves de deuxième secondaire, qui répondent aux critères de priorité d'obtenir gratuitement l'application d'un scellant dentaire. En raison de la pandémie, le service n'a été donné que dans deux écoles secondaires. En 2020-2021, les élèves de la majorité de ces écoles pourront en profiter.

L'équipe en périnatalité et en petite enfance a rédigé un mémoire qui formule des recommandations pour mieux intervenir en maltraitance. Il suggère, entre autres, une intervention précoce, intensive et adaptée aux clientèles vulnérables pour diminuer les facteurs de risque. Malgré l'annulation des audiences en raison de la pandémie, ce mémoire a été soumis aux membres de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse.

Dans le cadre du Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023, le comité des alliances pour la solidarité – région de la Capitale-Nationale a été mis sur pied à l'hiver 2019-2020. La Direction de santé publique y représente le CIUSSS. Les priorités d'action visent les conditions de vie, l'inclusion et la participation sociale des personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion ou à risque de l'être, l'accès aux biens et aux services essentiels ainsi qu'aux services de proximité et le développement du pouvoir d'agir des communautés. Un appel d'initiatives a permis de soutenir financièrement treize projets locaux dont sept en développement des communautés et un régional.

L'implantation du programme *Les ateliers cinq épices* qui vise à améliorer les compétences culinaires de jeunes de milieux scolaires défavorisés s'est poursuivie auprès de six écoles primaires et d'une école secondaire. Cette clientèle de la Capitale-Nationale aura accès, au cours de l'exercice 2020-2021, au programme *Écocollation* grâce auquel ils obtiendront, chaque jour, des fruits et des légumes gratuitement.

Le programme Maison PEP (programme d'exercices pour aînés avec une santé précaire), qui sera implanté en 2020-2021, a fait l'objet d'un projet pilote au centre de jour de Sainte-Foy. L'équipe du programme VIACTIVE de la FADOQ, notre principal partenaire, a produit des capsules d'exercices permettant aux aînés de demeurer actifs en période de confinement. Ces capsules ont été publiées sur le site de la FADOQ pour les programmes VIACTIVE et PIED, et sur un groupe Facebook créé spécialement à cet effet.

### **Enjeux**

#### **Lutte contre la pandémie de COVID-19**

Une mobilisation extraordinaire de toutes les équipes en de santé publique a permis d'exercer des actions pour lutter contre cette pandémie. En voici quelques exemples :

- création d'une équipe médicale et d'une équipe d'infirmières pour réaliser les enquêtes, assurer l'isolement de cas positifs et gérer les éclosions en milieux de soins et au sein de la communauté ;
- mise en place d'un système de saisie pour une vigie constante permettant de suivre et de détecter les éclosions en temps opportun ;
- préparation de bilans quotidiens pour répondre aux demandes du directeur de santé publique, des autorités de la sécurité civile et des relations médias du CIUSSS.

Toutefois, demeure l'enjeu crucial de la planification à la 2<sup>e</sup> vague et de la campagne de vaccination contre l'influenza qui devient plus complexe. Les équipes de santé publique devront être ajustées et rehaussées.

## Priorités

### Santé au travail

La modernisation du régime de santé et de sécurité du travail attendue aura des répercussions sur les activités du programme. Une hausse du nombre de nouvelles entreprises à servir est à prévoir, puisque l'ouverture des activités de prévention à l'ensemble des milieux du travail fait largement consensus.

Les priorités pour ce secteur d'activités sont de poursuivre :

- La sensibilisation du personnel pour contrer le « relâchement » observé dans l'application des consignes de protection contre la COVID-19 ;
- La contribution de l'équipe lors d'une éclosion en milieu de travail ;
- L'application des mesures de protection des travailleurs à risque.

### Santé environnementale

Une des priorités de la direction pour l'année 2020 est de maintenir son implication dans l'acquisition de connaissances au regard de l'adaptation aux changements climatiques et du développement durable. Cela favorisera l'évaluation des impacts sanitaires associés aux projets actuellement en développement (ex. : projet Laurentia, tramway, troisième lien).

### Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

La recrudescence des ITSS dans la région risque de compromettre l'accès au dépistage advenant une seconde vague de COVID-19, notamment pour les groupes à risque dont font partie les jeunes de 15 à 24 ans.

Pour la prochaine année, l'équipe donne priorité à la tenue d'une journée de réflexion sur les ITSS qui réunira les acteurs impliqués dans l'offre de service régionale et des représentants de la communauté. Elle permettra de se doter d'une vision commune sur les besoins actuels, de recenser des pistes d'action et de réaliser une planification régionale à long terme.

## 3.3.2 DIRECTION DU PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (DSAPA)

L'année a débuté avec un changement de gouvernance à la direction du programme. S'en est suivi un exercice stratégique qui a mené à une vision commune des soins et des services de la direction pour les prochaines années ainsi qu'à la mise en place d'une structure de gestion qui favorisera son actualisation. Au terme de cette démarche, le continuum de services aux personnes âgées, qui était la pierre angulaire de la philosophie de

gestion de la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) depuis le début du CIUSSS, a été reconduit. Suivant le principe selon lequel l'organisation doit s'adapter à l'utilisateur pour l'accompagner tout au long de son parcours et pour répondre à ses besoins évolutifs, la direction a maintenu un modèle de gestion facilitant la continuité, l'accessibilité et la fluidité des services en conservant l'intégration de ses trois missions dans un même continuum. La structure d'encadrement a de plus été revue pour favoriser la gestion de proximité.

### 3.3.2.1 MISSION DE SOUTIEN À DOMICILE

Plus que jamais, les aînés vulnérables choisissent de demeurer à leur domicile. Afin de les soutenir et de répondre à leurs besoins grandissants, il est devenu impératif d'amorcer un virage en matière de services à domicile. Pour améliorer la fluidité des services posthospitaliers et agir en aval des hospitalisations, des stratégies ont été mises en œuvre en collaboration avec d'autres directions du CIUSSS. Par ailleurs, le contexte de la pandémie a permis d'expérimenter de nouvelles approches de prestation de services méritant d'être évaluées, et ce, dans une perspective de pérennisation.

### Enjeux

- Harmonisation de l'offre de service sur tout le territoire (la disponibilité et la diversité des titres d'emploi, les rôles et les responsabilités, les horaires de travail) pour pallier les disparités ;
- Réduction des délais de prise en charge des clientèles à domicile et en centre hospitalier en attente de services professionnels ;
- Augmentation des demandes de soins infirmiers en santé physique et impacts sur la capacité d'assurer les suivis à long terme pour la clientèle gériatrique ;
- Disponibilité accrue, dans la communauté de ressources d'hébergement de type ressource intermédiaire (RI) et chez les partenaires privés, pour répondre aux besoins d'utilisateurs aux profils différents tels que les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (TNC).

### Réalisations

- Intensification de services dans des résidences privées pour personnes âgées (RPA) avec la mise en place d'équipes dédiées dans deux arrondissements pilotes ;
- Mise en place d'un des trois sites pilotes de gériatrie sociale à l'échelle provinciale ;
- Développement d'un outil de gestion quotidienne des lits d'hébergement dans le cadre de

l'implantation de l'accès intégré harmonisé. La DSAPA collabore étroitement avec la Direction des services multidisciplinaires;

- Signature d'ententes avec des partenaires privés de la région de Québec offrant 64 places d'hébergement, entre autres, pour des personnes présentant des troubles neurocognitifs majeurs.

### Dans le contexte de la pandémie

- Aménagement du télétravail pour assurer la continuité des interventions des priorités 3 et 4 et le suivi téléphonique aux proches aidants et aux usagers inscrits sur la liste d'attente;
- Hausse des interventions à domicile auprès des clientèles en soins palliatifs et en fin de vie, et mise en place d'une garde médicale dans des arrondissements;
- Soutien en matière de gestion et d'accompagnement des ressources humaines dans les RPA frappées par la pandémie.

### Priorités

- Développer des partenariats diversifiés avec les organismes communautaires pour répondre en complémentarité aux besoins des usagers et pour offrir des services de répit aux proches aidants et aux usagers;
- Consolider le soutien aux RPA par le renouvellement des ententes de service, le déploiement des équipes interdisciplinaires d'intervention précoce sur tout le territoire, l'implantation des gardes en heures défavorables, et la mise en œuvre de l'offre de service en soins intensifs à domicile, en collaboration avec la Direction des services professionnels;
- Réviser les trajectoires du continuum de soins palliatifs et de fin de vie;
- Développer des places d'hébergement diversifiées avec des partenaires de la communauté qui répondent aux besoins des personnes présentant des TNC;
- Mettre en place la cogestion médicale en soutien à domicile et en soins de fin de vie.

### 3.3.2.2 MISSION D'HÉBERGEMENT

Pour contrer la pénurie de ressources qui frappe les centres d'hébergement depuis quelques années, des stratégies innovantes en matière de recrutement, de gestion des horaires et de formation ont été mises de l'avant, en collaboration avec la Direction des ressources humaines et des communications. Ainsi, pour une réponse optimale aux besoins de la communauté et des

partenaires hospitaliers, la direction a pu maintenir la disponibilité des lits en centre d'hébergement. Le rehaussement des structures, grâce à une augmentation du budget d'opération, s'est actualisé, avec en toile de fond l'harmonisation de l'offre de service. Par ailleurs, la qualité des milieux de vie a fait l'objet d'une attention particulière, notamment au regard de :

- L'amélioration de l'environnement physique dans les centres existants;
- L'intégration d'approches adaptées et d'outils cliniques en réponse aux besoins de la clientèle;
- L'innovation dans les stratégies pour améliorer l'expérience de l'utilisateur.

La pandémie sévissant au terme de l'année a fait l'objet d'une mobilisation organisationnelle sans pareille dans les centres d'hébergement, et particulièrement dans ceux touchés par la COVID-19. Uni dans l'adversité, le personnel des trois missions de la direction s'est investi sans réserve pour endiguer les éclosions en CHSLD et en RPA et, tourné vers l'avenir, il se prépare à affronter la seconde vague.

### Enjeux

- Pénurie d'effectifs et sous-représentation de professionnels pour soutenir les équipes soignantes et offrir un service de qualité adapté aux besoins des usagers hébergés;
- Désuétude de plusieurs milieux d'hébergement;
- Mise à jour des approches adaptées et des compétences cliniques.

### Réalisations

- Respect des ratios Voyer pour les équipes soignantes, comme le préconise le Dr Philippe Voyer : rehaussement des équipes de professionnels et intégration d'éducateurs spécialisés permettant d'offrir une approche plus adaptée aux usagers présentant des TNC;
- En collaboration avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, mise en place d'un processus d'audits favorisant l'engagement de toutes les directions pour l'amélioration de la qualité des milieux de vie;
- Observation d'une amélioration de la qualité des milieux de vie dans la majorité des ressources ciblées dans le cadre des visites d'appréciation;
- Dépôt du concept de quatre maisons des aînés pour le territoire du CIUSSS;
- Formation accélérée en milieu de travail de préposés aux bénéficiaires (PAB) pour contrer la pénurie : plus de 200 personnes ont été formées



pour constituer des cohortes dans l'ensemble des installations, dont une cohorte bilingue ;

- Mise au point d'un tableau informatisé dynamique des présences quotidiennes, 24 h sur 24, assurant une régulation des ressources dans chaque centre d'hébergement ;
- Poursuite de la mise en œuvre du projet buccodentaire, des salles de suivis cliniques et des trajectoires de communication ;
- Accompagnement de l'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et rehaussement de l'offre de service pour les usagers présentant des TNC.

#### **Dans le contexte de la pandémie**

- Stabilisation des ressources humaines dans les centres d'hébergement ;
- Mise en place d'une cellule de sécurité civile – ressources humaines en zone rouge – pour assurer une communication continue ;
- Constitution d'une brigade rouge représentative de différents titres d'emploi clé pour accompagner le personnel des nouveaux milieux en éclosion.

#### **Priorités**

- Mettre en œuvre un plan d'action en prévision de la deuxième vague de COVID-19 ;
- Poursuivre les travaux de rehaussement des lieux physiques et l'implantation d'approches innovantes et bienveillantes pour améliorer la qualité de vie dans les milieux d'hébergement existants ;
- Développer le concept de maison des aînés en étroite collaboration avec la Direction des services techniques ;
- Contribuer activement à la formation des nouveaux PAB grâce au recrutement de superviseurs, à l'accueil et à l'accompagnement des élèves.

### **3.3.2.3 MISSION DE SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS**

#### **Enjeux**

- Libération des lits en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés occupés par des usagers de niveau de soins alternatifs qui présentent en grande partie des TNC ;
- Pénurie d'infirmières et de PAB dans les unités des services gériatriques spécialisés des centres hospitaliers.

#### **Réalisations**

- Poursuite du développement de la Clinique des aînés (offre de service de jour et de soir à la clinique mobile) ;
- Expansion de la Clinique gériatrique de Québec qui a vu sa clientèle quintupler ;
- Offre de stage d'une IPS-PL en gériatrie ;
- Couverture médicale complétée à l'Hôpital de Portneuf.

#### **Priorités**

- Appliquer le mode de cogestion à la pratique clinique et médicale à l'aide du développement d'un continuum de services en réadaptation gériatrique ;
- Harmoniser l'offre de service des programmes.

### **3.3.3 DIRECTION DES PROGRAMMES DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME, ET DÉFICIENCE PHYSIQUE (DDITSADP)**

#### **Enjeux**

Accessibilité des services de proximité en déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA), et en déficience physique (DP) :

- Délai important dans la prise en charge des usagers en attente de services professionnels, en particulier ceux qui sont âgés de 6 à 17 ans ;
- Absence de logement autonome pour les usagers qui ont une légère déficience intellectuelle, et absence d'appartement supervisé pour ceux dont la déficience intellectuelle est légère à modérée, sur le territoire de la Capitale-Nationale ;
- Manque de ressources résidentielles dans la communauté pour les usagers qui ont une déficience physique, ce qui occasionne des délais importants d'obtention d'un appartement adapté à leurs besoins.

Accès, pour les usagers et leurs proches, à des milieux résidentiels et de réadaptation adaptés aux besoins des personnes qui ont une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme et une déficience physique :

- Écart notable entre la structure actuelle du parc d'hébergement et les besoins des usagers ;

- Inadaptation des infrastructures et de l'aménagement physique des milieux de vie des usagers.

Accès à la réadaptation fonctionnelle intensive dans un délai qui respecte les meilleures pratiques et les ententes interétablissements :

- Respect des standards relatifs aux délais de prise en charge en unité de réadaptation fonctionnelle intensive;
- Difficulté de recruter des médecins en réadaptation physique.

Développement de milieux socioprofessionnels et occupationnels répondant aux besoins des usagers et des proches en déficience intellectuelle, en trouble du spectre de l'autisme et en déficience physique :

- Poursuite du développement de nouveaux milieux;
- Progression du partenariat avec les organismes communautaires et les entreprises.

## Réalisations

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

- Atteinte de la cible reliée au plan d'accès au soutien à domicile pour la clientèle en déficience physique : 90,6 % (cible 2019-2020 : 90 %);
- Atteinte de la cible du programme *Transition de l'école vers la vie active* (TEVA) : le taux de placement des finissants a atteint 100 % (cible 2019-2020 : 73 %).
- Amélioration continue de l'accessibilité et de la continuité des services grâce à plusieurs mesures structurantes :
  - Intégration des systèmes d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) et I-CLSC pour les services de proximité en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DITSA) permettant une meilleure continuité de services pour les usagers et une meilleure concertation entre les intervenants;
  - Affectation de nouvelles ressources professionnelles afin d'actualiser les modalités d'intervention en conformité avec le budget alloué au programme *Agir Tôt*;
  - Conclusion de cinq ententes de service avec des organismes communautaires et développement de 50 nouvelles places en services socioprofessionnels;

- Déploiement de l'équipe CARR-O (coordination de l'accès résidentiel régional – orientation) pour la clientèle de la direction;
- Mise en place d'une structure professionnelle de soutien des activités cliniques et de la mission universitaire.

Amélioration continue de la qualité des services :

- Atteinte de notre engagement relatif au pourcentage des usagers en soutien à domicile (SAD) avec une évaluation à jour et un plan d'intervention en déficience physique : 86 % (engagement EGI 2019-2020 : 80 %);
- Atteinte de notre engagement relatif au pourcentage des usagers SAD avec une évaluation à jour et un plan d'intervention en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme : 83,7 % (engagement EGI 2019-2020 : 80 %);
- Harmonisation de l'offre alimentaire dans les résidences à assistance continue;
- Mise en place d'un programme de réadaptation visant la réintégration et le maintien au travail du personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale : un projet pilote a permis d'en démontrer les bénéfices sur la réduction des périodes d'absence, sur la réintégration et sur le maintien au travail. Ce programme a été pérennisé et deviendra, pour l'établissement, un levier additionnel face aux défis liés à la main-d'œuvre.

Pratiques innovantes, développement des partenariats et rayonnement :

- Acquisition du premier exosquelette au Canada avec stimulation électrique fonctionnelle pour l'entraînement à la marche des personnes en réadaptation au Programme des blessés médullaires, avec la collaboration de la Fondation Élan et du Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS);
- Acquisition d'un tapis roulant en apesanteur AlterG, avec la collaboration de la Fondation Élan, d'Opération Enfant Soleil et du CIRRIS;
- Développement de nouvelles pratiques professionnelles interdisciplinaires auprès de la clientèle pédiatrique atteinte d'amyotrophie spinale. Cette nouvelle approche permet d'améliorer la qualité de vie et de stabiliser l'état de santé;
- Tenue du 9<sup>e</sup> Atelier canadien de la réadaptation à la conduite automobile les 29, 30 et 31 octobre 2019 au Centre des congrès de Québec, organisé par l'équipe du programme d'évaluation et d'entraînement à la conduite automobile du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

## Priorités

Amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services de la direction :

- Révision de l'organisation du travail au programme DITSA (touchant la clientèle âgée de 6 à 17 ans) afin d'assurer une prise en charge dans les délais prescrits ;
- Mise en place d'une trajectoire provinciale de services liés à des interventions spécialisées en implant cochléaire, en collaboration avec le Centre universitaire McGill et le CHU de Québec – Université Laval ;
- Affectation de ressources à une équipe *Agir Tôt*, en concertation avec la Direction du programme Jeunesse, dans une vision d'intégration des services ;
- Implantation de la gamme de services en DITSADP, en cohérence avec les orientations ministérielles ;
- Consolidation de la structure professionnelle de soutien aux activités cliniques et à la mission universitaire.

Amélioration de l'accès aux services de réadaptation fonctionnelle intensive :

- Optimisation de l'organisation du travail du personnel médical dans les unités de soins de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec ;
- Poursuite du recrutement de médecins ;
- Finalisation de la trajectoire de services pour les personnes ayant subi un accident cardiovasculaire ;
- Pérennisation de l'école de conduite adaptée.

Amélioration continue de la qualité des services et de la sécurité des usagers et du personnel :

- Révision de l'offre de services professionnels et optimisation des pratiques cliniques en soutien à domicile du programme DITSA ;
- Développement d'une structure de gouvernance en trouble grave du comportement pour la clientèle des programmes DITSADP.

Développement de milieux résidentiels répondant aux besoins des usagers des programmes DITSADP et de leurs proches :

- Poursuite des travaux d'optimisation du parc résidentiel, lequel inclut le projet de construction d'une nouvelle ressource à assistance continue pour la clientèle du programme DITSA ;
- Développement de plusieurs projets d'habitation (appartements adaptés) pour la clientèle vivant avec une déficience intellectuelle légère à

modérée, en partenariat avec le réseau local de services ;

- Consolidation du partenariat avec les organismes communautaires afin d'assurer le maintien des services à domicile pour la clientèle vivant avec une déficience physique ;
- Développement d'habitations adaptées pour la clientèle des programmes DITSADP, en étroite collaboration avec la DSAPA.

Développement de milieux socioprofessionnels et occupationnels répondant aux besoins des usagers des programmes DITSADP et de leurs proches :

- Consolidation de l'offre de services socioprofessionnels pour les usagers atteints d'un trouble grave du comportement, les aînés et les personnes polyhandicapées ;
- Développement d'un centre d'activités de jour pour accueillir les usagers atteints d'un trouble grave du comportement ;
- Consolidation du partenariat avec les organismes communautaires et les entreprises privées pour construire de nouveaux milieux.

## 3.3.4 DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ)

### Enjeux

L'année 2019-2020 a été une période de transition et d'adaptation à la suite de plusieurs changements au sein de l'équipe de gestion : d'une part, la nomination d'un nouveau directeur de la protection de la jeunesse et d'une nouvelle directrice adjointe, et d'autre part, l'arrivée et le départ de plusieurs cadres intermédiaires.

La rareté de la main-d'œuvre a nécessité une gestion serrée des risques présents dans toute la trajectoire des services de protection de la jeunesse. Par exemple, une absence de main-d'œuvre qualifiée a fait en sorte que la direction était incapable de remplacer certains titulaires d'un poste. Cette situation a eu des impacts directs sur les listes d'attente et la charge de travail des intervenants. Par conséquent, la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) se devait d'offrir des conditions de travail attrayantes pour favoriser la rétention de la main-d'œuvre.

La mise en place du pôle d'expertise en matière de recherche d'antécédents sociobiologiques et de retrouvailles s'est également avérée un enjeu pour la direction. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale est en effet ciblé pour devenir ce pôle auprès d'autres régions, ce qui demande une planification et une concertation importante avec les acteurs concernés.

## Réalisations

Au cours de l'année, 10 456 signalements ont été traités. Cela représente une diminution de 1,4 % par rapport au résultat de l'année précédente. De ce nombre, 4 181 signalements ont été retenus pour une évaluation, ce qui constitue une augmentation de 2,4 % comparativement à 2018-2019. Par ailleurs, 14 588 demandes d'information et de consultation ont été traitées.

À l'automne 2019, la direction a reçu la visite d'Agrément Canada qui a, entre autres, évalué la trajectoire des services de protection de la jeunesse. Les commentaires des visiteurs ont été très positifs et l'équipe en est extrêmement fière.

Deux membres du comité de direction ont travaillé conjointement avec deux gestionnaires de la Direction du programme Jeunesse dans le cadre de la formation FORCES de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Ce projet d'expérimentation vise à intervenir de façon concertée avec des organismes de la communauté auprès de familles qui ont des enfants de moins de quatre ans à risque de négligence afin d'éviter une prise en charge en protection de la jeunesse. Ce projet est directement lié à l'un des indicateurs de l'entente de gestion, soit le taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence.

La DPJ a pris part à un projet pilote visant à organiser une concertation entre le processus judiciaire et l'intervention des directeurs de la protection de la jeunesse dans les cas de conflits sévères de séparation, afin d'amener les parents à établir une collaboration fonctionnelle permettant d'assurer la sécurité et le développement de leur enfant, et ce, dans le respect de ses intérêts et de ses droits. Depuis le début de l'implantation du projet pilote dans les trois régions ciblées par le projet, 45 familles participent ou ont participé au programme, ce qui représente 119 enfants. De plus, 11 familles débiteront la démarche sous peu. Pour 16 familles ayant participé au programme, le juge en coparentalité – en accord avec les recommandations du directeur de la protection jeunesse – a déclaré que la sécurité et le développement des enfants n'étaient plus compromis au terme du programme. De plus, certains enfants vivant une brisure relationnelle avec l'un des parents ont pu reprendre contact et maintenir des liens avec les deux parents.

En novembre 2019, la direction a organisé une journée d'échanges entre différents partenaires et acteurs liés à l'application de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents. L'exploitation sexuelle et la justice réparatrice ont été au cœur des discussions de cette journée élaborée en collaboration avec des services de police, des partenaires de la communauté ainsi que des acteurs des milieux judiciaire et universitaire.

Concernée par la problématique de la fugue, la direction a procédé à une analyse des besoins des usagers hébergés en centre de réadaptation et foyer de groupe. Les résultats de cette analyse seront diffusés au cours des prochains mois. Ils permettront de réviser les programmes et les activités de réadaptation pour répondre davantage aux besoins des usagers. Des fiches synthèses s'adressant aux intervenants ont été produites sur des sujets connexes tels que la fugue en période estivale, la prévention de la fugue, les facteurs de protection contre la fugue, la gestion du risque et le partage des responsabilités.

Parmi les actions à poser pour contrer l'exploitation sexuelle des mineurs, la direction a déposé un mémoire à la Commission spéciale sur l'exploitation sexuelle des mineurs dans lequel elle fait état de ses préoccupations et des enjeux à l'égard des jeunes victimes, de l'importance du partenariat, de la concertation et de la formation. En octobre 2019, elle a organisé un colloque, en collaboration avec des membres de la Table régionale de Québec sur l'exploitation sexuelle et la prostitution juvénile. Toujours en lien avec cette problématique, la direction a soutenu une quatrième cohorte de jeunes piégés dans le milieu de la prostitution dans le cadre du projet d'intervention SELFIE (Sexualité, Être/Exposition de soi, Limites, Fondements, Intimité, Estime).

Enfin, un mémoire a été déposé à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. Parmi les grands thèmes abordés, on retrouve les défis à relever, ainsi que l'importance de la prévention, de la concertation et du développement des compétences des équipes cliniques.

## Priorités

Au cours de la prochaine année, la DPJ souhaite se pencher sur la formation et l'intégration du personnel clinique afin d'améliorer la qualité de la pratique professionnelle, et ce, dans toute la trajectoire des services de protection de la jeunesse. Elle entend également mettre de l'avant le rôle social du directeur de la protection de la jeunesse de manière à ce qu'il soit plus présent auprès des partenaires, en plus d'être la voix et le défenseur des enfants vulnérables de la région. De plus, la direction suivra avec attention le dépôt des recommandations découlant de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse qui est prévu à l'automne 2020.

Sur le plan organisationnel, il y aura deux chantiers principaux. La DPJ s'attardera tout d'abord à l'offre de service liée à l'urgence sociale. Une révision complète de ce secteur aura lieu dans la prochaine année en ce qui concerne les services offerts et la gestion du personnel y travaillant. Le service formalisera également une structure d'audits cliniques en protection de la jeunesse

afin d'optimiser la gestion de risques et de faciliter le développement de la pratique clinique des intervenants.

Pour faire suite aux résultats de la recherche sur la détermination des besoins des jeunes hébergés en centre de réadaptation, la direction désire entamer une révision des programmes et des activités de réadaptation afin de mieux répondre aux besoins actuels des usagers.

Finalement, dans une optique d'amélioration continue, la direction entend diminuer les délais d'attente dans la trajectoire des services de protection de la jeunesse.

### **Principales modifications apportées dans les services offerts**

Des investissements du MSSS combinés à ceux du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont permis d'augmenter l'effectif des ressources humaines dans certains secteurs plus critiques tels que :

- La réception et le traitement des signalements ;
- L'évaluation et l'orientation des signalements.

Outre cette augmentation de l'effectif, quelques dizaines de postes de surdotation ont été créés afin de stabiliser les équipes et de bonifier les conditions de travail des intervenants. De plus, l'offre en matière de soutien clinique a été améliorée à la suite d'investissements du ministère.

## **3.3.5 DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES (DSMD)**

### **Enjeux**

L'année a été consacrée en grande partie à la révision de l'organisation des soins et des services régionaux en santé mentale, en dépendances et en itinérance. L'exercice visait l'externalisation des soins et des services et l'ajout des services de proximité, de même que :

- La gestion du changement et des communications durant cette période de transition importante ;
- L'arrimage avec l'ensemble des partenaires intersectoriels à travers les grands changements de l'offre de soins et de services régionale ;
- La consolidation des services d'urgence psychiatrique sur deux pôles de service dans la région de Québec (Est et Ouest) ;
- La réduction du nombre de lits d'hospitalisation de courte durée en psychiatrie, la révision et la bonification de l'offre de service de ces unités ;
- La révision et la bonification de l'offre de service des unités de longue durée de réadaptation psychiatrique dans un contexte de changement important du profil de la clientèle ;

- L'analyse systémique des facteurs influençant l'achalandage des urgences psychiatriques et la mise en place de différents moyens en amont et en aval des urgences pour réduire la durée moyenne de séjour sur civière ;
- La mise en place du Programme québécois de psychothérapie pour les troubles mentaux qui nécessite une adaptation des services de première ligne. Les besoins de services diversifiés, adaptés et intégrés en dépendances sont de plus en plus pressants dans la région de la Capitale-Nationale. Ils renvoient à des services qui requièrent des actions concertées de tous les partenaires intersectoriels ;
- La mise sur pied de services de consommation supervisée attendue par les partenaires de la région ;
- La concertation de tous les partenaires intersectoriels pour offrir des services adaptés aux besoins des personnes en situation d'itinérance ou vivant de l'instabilité résidentielle qui sont de plus en plus nombreuses dans la région ;
- L'agilité requise pour réorganiser l'offre de soins et de services dans les différents secteurs d'activités en raison de la disponibilité limitée des effectifs professionnels et médicaux ;
- L'augmentation du nombre de références dans les services de première ligne ;
- La capacité de mettre en place une unité de désintoxication modérée dans la région ;
- La visibilité croissante de l'itinérance dans la région de la Capitale-Nationale.

Malgré tous ces enjeux, la direction a répondu avec succès (99,8 %) aux normes et aux attentes d'Agrément Canada lors de sa visite à l'automne 2019.

### **Réalisations**

La Direction des programmes Santé mentale et Dépendances place l'utilisateur au centre de ses décisions et de ses actions. Elle poursuit des objectifs de qualité et de performance, en basant ses décisions et ses orientations sur les meilleures pratiques et les données probantes. De plus, elle accorde une grande importance à la collaboration et à la concertation avec l'ensemble de ses partenaires internes et externes, notamment les organismes de la communauté, pour l'atteinte de ses objectifs :

- Implication des usagers et des proches. La direction valorise le vécu expérientiel et, en ce sens, privilégie la contribution des proches et l'expérience des usagers qui vivent le rétablissement. C'est avec une grande fierté que la



direction a réalisé son souhait et celui des pairs-aidants : ils sont enfin devenus des membres du personnel du CIUSSS et bénéficient des mêmes avantages sociaux que ceux de tous les autres employés ;

- Identification de sept projets prioritaires dont trois sont en cours de réalisation à la suite des démarches de consultation et de concertation régionales dans le cadre de la révision de l'offre de service en dépendances, conformément au plan d'action interministériel en dépendances ;
- Ouverture de la maison de chambres destinée à des usagers pour qui l'accès et le maintien en logement posent des défis particuliers. Ce projet réalisé avec la collaboration de l'Office municipal d'habitation de Québec et le Comité Maison de chambres de Québec propose 21 chambres et 6 studios.
- Mise en ligne du site Internet *Des autosoins à la psychothérapie*, un précurseur national dans le cadre du Programme québécois pour les troubles mentaux ;
- Consolidation des services d'urgence psychiatrique sur deux pôles de service dans la région de Québec (Est et Ouest) ;
- Intégration d'infirmières de liaison dans les services d'urgence psychiatrique afin de réduire le recours à l'urgence et de réorienter les usagers vers les soins et les services adaptés à leurs besoins dans la communauté ;
- Réorganisation des soins et des services d'hospitalisation afin de bonifier les services de proximité de première ligne et ainsi offrir des services adaptés aux besoins de la population ;
- En collaboration avec les équipes médicales, mise en place d'un comité de travail pour revoir la vocation de chacune des unités d'hospitalisation. Les travaux permettront d'assurer des services adaptés aux besoins des usagers ;
- En collaboration avec nos partenaires, amorce des travaux de révision du modèle d'organisation des services de crise en santé mentale et en dépendances ;
- En collaboration avec le Département régional de médecine générale, intégration des infirmières répondantes spécialisées en psychiatrie et en dépendances dans les GMF, les GMF-U et les GMF-R du territoire ;
- Consolidation des liens de collaboration entre l'équipe du Service intensif dans le milieu (SIM) – volet itinérance, et les organismes fréquentés par la clientèle désaffiliée ;
- Poursuite des travaux du comité stratégique réunissant la Direction du programme Jeunesse et la Direction des programmes Santé mentale et Dépendances afin d'optimiser la trajectoire de transition de l'enfance à l'âge adulte ;
- Optimisation du processus d'attributions psychiatriques favorisant la prise en charge et les suivis de la clientèle en deuxième ligne. Mise en place d'outils de suivi au guichet régional en santé mentale qui permet un meilleur accès aux services ;
- Mise en place d'une structure de coordination régionale en itinérance afin de favoriser la concertation avec nos partenaires intersectoriels ;
- Autoréférence des usagers pour obtenir un accès direct aux services de la clinique des troubles du comportement sexuel qui évite d'avoir à recourir à une prescription médicale ;
- Déploiement d'une équipe de stabilité résidentielle avec accompagnement (SRA) ayant un mandat de réintégration sociale et d'accompagnement des personnes en situation d'itinérance chronique ;
- Consolidation de la contribution des organismes communautaires dans l'organisation des services régionaux auprès de la clientèle en santé mentale, en dépendances et en itinérance ;
- Optimisation de l'offre de service en dépendances à la suite de la révision des processus et de l'ajout de ressources humaines (11 équivalents temps complet). Le nombre d'usagers suivis a augmenté de 10 % ;
- Développement d'une résidence à assistance continue en psychiatrie légale de 15 places. Cette nouvelle ressource améliore le continuum de soins et de services auprès de cette clientèle ;
- Mise en place d'une ressource intermédiaire de 40 places dans la communauté pour des usagers ayant des troubles graves de santé mentale et des troubles du comportement.
- Consolidation des soins et des services de première ligne qui a permis :
  - La diminution de 1 139 hospitalisations au cours de l'année ;
  - La diminution de plus de 25 % du nombre d'usagers en attente de services de première ligne ;
  - L'augmentation de 38 % (1 014) du nombre d'usagers dans les services de première ligne et l'augmentation de 39 % du nombre d'interventions de première ligne ;
  - La diminution de 774 personnes sur civière dans les urgences psychiatriques de la région ;

- La réduction du délai d'accès aux services de soutien d'intensité variable (SIV) pour les usagers ayant des troubles graves de santé mentale. Il s'établit désormais à une moyenne de 10 jours et moins.

## Priorités

- Poursuite de la révision de l'organisation des soins et des services régionaux afin de les adapter aux besoins de la population. Parmi ces priorités, notons :
  - Le développement des services de consommation supervisée, en collaboration avec la Coopérative de solidarité SABSAs ;
- Consolidation de l'offre de service en dépendances :
  - Implantation d'un modèle d'organisation de services en troubles concomitants ;
  - Développement d'une offre de service en désintoxication modérée ;
  - Bonification de l'offre de service en dépendances pour la clientèle jeunesse ;
- Poursuite de la révision de l'offre de service des unités de soins de courte durée et des unités de réadaptation de longue durée en psychiatrie, notamment par la révision des approches d'intervention, des continuums de soins et de services, des structures de ressources humaines et des modes de collaboration interprofessionnelle ;
- Mise en place de la modalité d'autosoins en traitement de première ligne et poursuite de l'implantation du Programme québécois de psychothérapie pour les troubles mentaux ;
- Révision des processus menant à la consultation psychiatrique, en collaboration avec le Centre de répartition des demandes de services et les chefs de département de psychiatrie ;
- Diminution du recours aux urgences psychiatriques et à la consultation psychiatrique attribuable à la présence d'infirmières répondantes spécialisées en psychiatrie et en dépendances dans les GMF, GMF-U et GMF-R, et dans les services de proximité ;
- Poursuite de l'implantation du dépistage actif auprès de la clientèle SIV afin de les intégrer rapidement aux équipes ;
- Adaptation de l'offre de service afin d'assurer la fluidité du continuum de services dans la communauté (SBNI-SIV-SIM) ;
- Poursuite des efforts entrepris pour bonifier les modes de consultation, de concertation et

de collaboration pour diminuer l'instabilité résidentielle et rediriger la clientèle vers les services appropriés ;

- Amorce des travaux portant sur la hiérarchisation de la psychiatrie légale pour l'Est-du-Québec avec les partenaires intersectoriels ;
- Adaptation de notre modèle d'organisation de soins et de services et de nos modalités d'intervention en fonction du contexte de la COVID-19 ;
- Poursuite de la révision du continuum de services avec l'ensemble des partenaires régionaux en itinérance afin d'avoir des trajectoires claires et fluides, de la rue vers le logement ;
- Amélioration de l'accès aux médecins de famille pour la clientèle inscrite au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) ;
- Développement et consolidation de l'animation des réseaux locaux pour bien cerner et comprendre les besoins populationnels.

## 3.3.6 DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE (DJ)

### Enjeux

#### Attraction et rétention du personnel

Toute l'année, la Direction du programme Jeunesse a dû composer avec la difficulté de recruter du personnel. Considérant la hausse croissante des signalements et le nombre d'enfants suivis en protection de la jeunesse, le CIUSSS a décidé de financer la création de plus de 100 postes de professionnels. Les effets sont déjà observables sur la stabilité des équipes et la continuité des services.

#### Intervention pour contrer la négligence

Pour diminuer le taux de prise en charge des enfants suivis pour un motif de négligence, l'organisation doit rendre accessibles des services de proximité le plus tôt possible dans leur vie. Il s'agit d'une condition déterminante pour assurer leur sécurité et leur développement. Ainsi, 20 postes d'éducateur (première ligne) ont été créés ; ils sont complémentaires au programme *Agir tôt*, qui vise la détection et la prise en charge précoces des retards de développement. De plus, l'augmentation des demandes de service en orthophonie nécessite la révision de l'offre afin d'accroître la capacité de l'équipe de professionnels.

#### Transition à la vie adulte

Le passage à la vie adulte représente un défi incontournable pour les jeunes qui, dès leur majorité, quittent les services de la protection de la jeunesse.

Les opportunités d'arrimage entre les organismes de la communauté doivent être favorisées afin que chaque jeune ait son projet de vie. Il doit pouvoir compter sur un hébergement adapté et sur des personnes d'influence positive pour atteindre son objectif scolaire ou professionnel.

### **Augmentation des effectifs humains et matériels pour soutenir les services**

Des investissements du MSSS et du CIUSSS ont permis d'augmenter les effectifs et de bonifier les ressources matérielles dans certains secteurs plus critiques :

- Postes de professionnels dans les équipes d'application des mesures de protection de la jeunesse (ajout d'une douzième équipe);
- Soutien clinique en protection de la jeunesse;
- Achat d'ordinateurs portables pour les intervenants en protection de la jeunesse;
- Création de plus de 60 postes en surdotation afin de stabiliser les équipes et de faciliter les remplacements.

## **Priorités**

### **Horizon jeunesse**

La Direction de la protection de la jeunesse et la Direction du programme Jeunesse proposent un projet organisationnel visant la planification clinique des services jeunesse pour les 5 à 10 prochaines années. La démarche s'appuie notamment sur les données populationnelles, les orientations ministérielles et le besoin d'actualiser les compétences cliniques et de gestion. La contribution des usagers, des intervenants, des gestionnaires et des partenaires est essentielle à la réalisation de ce projet d'envergure.

### **Services de santé mentale jeunesse**

- Stabilisation de l'équipe d'infirmières en santé mentale jeunesse pour augmenter la capacité de prise en charge et diminuer le délai d'attente d'une première intervention dans les services de proximité;
- Révision de l'encadrement des services de santé mentale jeunesse en cohérence avec le modèle de gestion médicale.

### **Projet d'hébergement dans le quartier Saint-Roch**

La Ville de Québec met de l'avant un projet résidentiel qui vise à joindre les jeunes quittant les services de protection de la jeunesse à 18 ans. Le CIUSSS agit comme partenaire dans la planification de l'offre de service clinique qu'il souhaite le plus près possible des jeunes et de leurs besoins en santé mentale. Il s'agit d'une

occasion privilégiée de travailler conjointement avec les organismes communautaires afin de faciliter le passage des jeunes à la vie adulte.

## **Réalisations**

### **Service Jonction Jeunesse**

Mis en place en septembre 2019, Jonction Jeunesse est un service d'intervention conjointe de la première et de la deuxième ligne. Il s'adresse aux familles ayant un enfant, âgé de 0 à 17 ans, qui a fait l'objet d'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse. Jonction Jeunesse a pour but d'offrir rapidement des services de proximité et d'éviter la détérioration de la situation.

En date du 31 mars 2020 :

- Service offert à 103 familles au sein desquelles 156 enfants ont été suivis;
- 100 % des familles ont accepté l'offre de service dans les 24 heures suivant la référence;
- Seulement 9 % des situations ont refait l'objet d'un signalement pendant ou après la prestation de service.

### **Santé mentale jeunesse**

L'accessibilité a été améliorée par l'application de différentes mesures :

- Instauration du rappel systématique pour tout jeune ayant un rendez-vous avec un médecin en pédopsychiatrie, une mesure qui a entraîné une amélioration notable de l'assiduité aux rendez-vous (le nombre d'enfants en attente d'un premier rendez-vous est passé de 384, en avril 2019, à 215, en juin 2020);
- Bonification des services de proximité ainsi que du soutien clinique aux professionnels;
- Implantation de groupes de psychothérapie pour offrir un meilleur accès aux services en psychologie chez les jeunes suivis en pédopsychiatrie.

### **Élan famille 2.0 : ensemble pour une parentalité bienveillante**

Ce guide de pratique propose un accompagnement structuré, intensif et concerté aux familles et aux enfants âgés de 0 à 12 ans qui vivent dans un contexte de négligence. Il est complété par des formations offertes à l'ensemble des partenaires et aux intervenants jeunesse. De plus, une capsule vidéo de 15 minutes portant sur la sensibilisation est maintenant disponible; elle est le fruit d'une collaboration de plusieurs directions et du Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF).

### Visites supervisées

Le service est offert par une équipe de 14 techniciens en service social. Il se base sur un modèle de gestion et de coordination des visites supervisées permettant de concentrer l'expertise des intervenants sur les tâches qui leur sont réservées. Une formation en ligne du Réseau universitaire intégré jeunesse intitulée *Pour des visites supervisées bienveillantes* complète l'information qui s'adresse à l'ensemble du personnel en protection de la jeunesse.

### Service de transport

Ce service a été mis en place pour répondre à l'augmentation des demandes dans le cadre des visites supervisées et pour assurer la fréquentation scolaire du jeune lors d'un placement. L'ajout de huit postes de conducteur permet dorénavant aux intervenants de maintenir l'intensité des suivis cliniques requis.

### Programme Triple P

Triple P rejoint les parents qui ont besoin de soutien au regard des habiletés parentales pour prévenir la maltraitance des enfants. Le programme, offert par le CIUSSS et ses 42 partenaires intersectoriels du domaine scolaire, des services de garde et des organismes communautaires, a permis en 2019-2020 :

- La formation de 41 groupes (641 parents participants);
- La présentation de 72 conférences sur les pratiques parentales positives;
- Un franc succès de l'évaluation des visiteurs d'Agrément Canada;
- Une évaluation par les parents participants : le programme a eu des effets positifs sur leur dynamique familiale et a accru leur confiance en leurs aptitudes parentales;
- L'offre du programme en ligne avec un accompagnement individuel.

### Programmation langagière

« Mots d'enfants » est le premier programme de stimulation du langage basé sur des données probantes et conçu spécialement pour répondre aux besoins des familles et des éducateurs en contexte de protection de la jeunesse. L'idée de départ revient à une orthophoniste du Centre d'expertise sur le développement de l'enfant. Un travail de collaboration avec son équipe lui a valu de remporter deux bourses, dont celle du *Coopérathon 2019*, et d'établir une collaboration entre le CIUSSS et l'organisme à but non lucratif API-Enfance.

### Agir tôt

Priorité du ministère de la Santé et des Services sociaux, le programme *Agir tôt* est en cours d'implantation dans

le réseau. Une équipe de cinq responsables cliniques a été mise en place pour faciliter le dépistage des troubles liés au retard de développement et l'orientation des enfants âgés de moins de 5 ans qui en sont atteints. Le nouveau financement du MSSS permet l'ajout de ressources en orthophonie, en ergothérapie, en physiothérapie et en éducation spécialisée.

### Dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Étant donné l'augmentation de l'incidence des ITSS dans la population, particulièrement parmi les jeunes de 15 à 24 ans, les infirmières scolaires du CIUSSS offrent des services de dépistage dans les écoles secondaires publiques. Cette offre de service est complémentaire aux contenus d'éducation à la sexualité et favorise la collaboration entre les deux réseaux.

## 3.3.7 DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DE LA SANTÉ PHYSIQUE (DSISP)

### Enjeux

La Direction des soins infirmiers et de la santé physique a fait face à plusieurs enjeux au cours de l'année. L'un des plus importants a été d'améliorer l'accessibilité de l'offre de service dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre clinique. L'optimisation de l'utilisation des ressources devenait alors un objectif incontournable. Elle s'est entre autres traduite par :

- Le transfert d'activités cliniques de la Direction des services professionnels (DSP) vers la DSISP (urgences, oncologie, hémodialyse, blocs opératoires, consultations médicales spécialisées et imagerie);
- Le développement de services de proximité;
- L'harmonisation et la standardisation des pratiques de soins et des services.

En juillet dernier, la Direction des soins infirmiers a intégré dans sa structure organisationnelle les activités cliniques de santé physique. Cette modification a mené à la création de deux postes de directeur adjoint dans les régions de Charlevoix et de Portneuf. Ce changement a été fort bien accueilli par les acteurs locaux compte tenu des bénéfices en matière de gestion de proximité et d'animation du réseau local.

Finalement, les différents enjeux rencontrés ont représenté autant d'occasions d'amélioration.

### Réalisations

En novembre dernier, la ministre de la Santé et des Services sociaux, Danielle McCann, annonçait la deuxième phase des travaux de réaménagement de l'Hôpital

régional de Portneuf modifiant les services spécialisés et diagnostiques. Ce projet évalué à 22 M\$ inclut, outre l'installation du tomodensitomètre, le développement de nouveaux services tels qu'une unité de chimiothérapie de six places de traitement, une unité de médecine de jour de huit places de traitement, une unité de médecine de jour de six places, une unité d'hémodialyse satellite de huit places de traitement ainsi que le réaménagement de l'urgence, de la pharmacie et de la salle d'isolement.

Depuis mars 2020, l'Hôpital de La Malbaie offre un nouveau service de chirurgie du genou par arthroscopie grâce à l'achat de l'équipement entièrement financé par la Fondation du Centre hospitalier Saint-Joseph de La Malbaie. Les impacts positifs sont nombreux :

- Facilite l'investigation ;
- Accélère le traitement ;
- Facilite le recrutement de médecins et la rétention du personnel médical ;
- Améliore la qualité de vie des usagers.

La réorientation des usagers dans les services d'urgence de la région a permis l'adoption d'une approche basée sur « le patient au bon endroit et le bon soin donné par la bonne personne », laquelle est conforme aux orientations ministérielles dans le plan de désencombrement des urgences. Les infirmières des urgences participent à ce changement de culture et collaborent à l'enseignement populationnel de façon exceptionnelle. D'ailleurs, la réalisation de plusieurs ententes entre les urgences ainsi que les GMF et les GMF-R optimise la trajectoire de la clientèle à domicile vers d'autres ressources.

Sur les plans du soutien professionnel et du développement des pratiques, plusieurs réalisations ont eu un impact dans des secteurs d'activités de la DSISP :

- L'implantation de la téléassistance en soins de plaies à domicile. L'utilisateur a maintenant accès à une équipe d'experts en soins de plaies dans les situations complexes ;
- Une nouvelle offre de stage destinée aux infirmières françaises. Les CHSLD et les unités de psychiatrie sont maintenant des milieux pouvant offrir le stage exigé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ;
- L'élaboration d'un programme intégré d'accueil, d'orientation et d'intégration des nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires. L'application de ce programme est d'ailleurs soutenue par l'équipe de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires comme pratique novatrice prometteuse ;
- La création du poste de chef de service des infirmières praticiennes spécialisées, notamment pour assurer une cohésion dans la pratique de celles-ci ;

- L'intégration de six nouvelles infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale. Elles contribuent à améliorer l'accès aux soins et aux services pour cette clientèle ;
- Les rapports élogieux à la suite de la visite de l'Ordre des infirmières et des infirmiers ;
- Le soutien à l'amélioration des pratiques relatives aux examens de biologie médicale délocalisée et la visite d'inspection du Bureau de normalisation du Québec qui a évalué les produits transfusionnels ;
- Le maintien du service de garde infirmière 24/7 destiné aux victimes d'agression sexuelle de la région de Québec ; parmi elles, 139 ont été rencontrées par des intervenants de Viol-Secours et du CHU de Québec – Université Laval ;
- La mise en place de la « Salle de suivi clinique opérationnelle : de l'identification à l'intégration des pratiques cliniques en soins infirmiers » qui a obtenu le *Prix régional Innovation clinique* de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ;
- La mise en œuvre d'un centre désigné de dépistage de la COVID-19 et l'élaboration d'outils cliniques novateurs, qui ont permis de bonifier la pratique infirmière dans le cadre de la pandémie. Ces outils ont été adaptés par plusieurs CISSS et CIUSSS.

Les principales réalisations en prévention et contrôle des infections (PCI) sont :

- La mise en place d'une semaine thématique prévue dans le plan d'action relatif à l'hygiène des mains. Cette semaine se tient annuellement à la mi-novembre, en cohérence avec la planification des pratiques organisationnelles exigées d'Agrément Canada ;
- La concentration des effectifs de l'équipe PCI sur la surveillance, la gestion des éclosions et les enquêtes épidémiologiques liées à la COVID-19, depuis le début de la pandémie ;
- L'harmonisation de l'offre de services courants par l'équipe de gestion des services de santé généraux qui a mené aux actions suivantes :
  - L'ajustement des heures d'ouverture des points de service en CLSC ;
  - Le transfert de certains points de service ;
  - L'optimisation des postes d'assistant du supérieur immédiat en un seul poste ;
  - L'ajout d'un poste d'infirmière auxiliaire à l'Hôpital Chauveau.

Plus particulièrement, la direction a complété la migration vers des horaires sur rendez-vous qui permettent maintenant une meilleure gestion de l'achalandage et une plus grande satisfaction des usagers. En effet,



le nombre d'usagers a augmenté et le délai en salle d'attente a diminué de façon importante. Des plages de rendez-vous de dépannage ont été maintenues pour accommoder les usagers qui n'ont pu prendre rendez-vous et pour qui le service est une nécessité urgente.

- En décembre dernier, le point de service pour des prélèvements Le Maizerets, qui reçoit annuellement plus de 60 000 usagers, a dû être fermé en raison d'un dégât d'eau majeur. Une intervention rapide a permis de reloger les effectifs en quelques jours à peine et d'offrir un service complet et fonctionnel à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.
- Au Centre antipoison de Québec, l'installation de la téléphonie IP a permis de documenter le temps d'attente et le nombre d'appels perdus afin d'apporter les améliorations nécessaires.
- Le 19 décembre dernier, le premier ministre François Legault annonçait le projet d'agrandissement de l'Hôpital de La Malbaie. Ce chantier de 255 M\$ permettra des améliorations importantes pour la prestation des services à la population de Charlevoix.
- En complément, la direction a procédé à une mise à niveau du continuum de soins et de services, ce qui a mené à la bonification des compétences cliniques (formation sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les soins palliatifs), l'optimisation des rôles cliniques, l'ajout d'une infirmière de liaison et l'implantation du programme d'intégration à l'embauche.

## Priorités

La DSISP va poursuivre ses travaux d'amélioration de l'accessibilité et de la fluidité des soins et des services en visant la continuité de leur harmonisation, la mise en place de nouveaux services et la création de nouveaux postes cliniques. Plus précisément, ces travaux porteront sur :

- La poursuite du projet d'optimisation des urgences en vue de diminuer les délais d'attente sur civière notamment par la réorientation des priorités des niveaux 4 et 5 ;
- Le projet pilote sur l'utilisation de la technologie *React* en remplacement du médecin à bord de l'ambulance ;
- Le transfert du service de santé de l'Établissement de détention de Québec vers le CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- L'implantation de la télésanté au CLSC de L'Isle-aux-Coudres ;

- La poursuite des plans cliniques de Portneuf et de Charlevoix ;
- L'amélioration de la qualité des données des services spécialisés et diagnostiques.

En conclusion, la Direction des soins infirmiers et de la santé physique demeure engagée à offrir des soins et des services de qualité et sécuritaires tout en facilitant leur accessibilité et leur fluidité.

## 3.3.8 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP)

La Direction des services professionnels, par son mandat transversal au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale, veille à l'optimisation de l'accessibilité, de la continuité et de la pertinence des soins et des services médicaux, pharmaceutiques et dentaires. Les activités de l'équipe de la DSP s'exercent dans trois secteurs :

- L'accès aux soins et aux services de première ligne ;
- L'accès aux services spécialisés (Centre de répartition des demandes de services) ;
- La planification des effectifs médicaux, pharmaceutiques et dentaires.

La DSP chapeaute sept départements cliniques et collabore étroitement avec le Département régional de médecine générale. La Direction soutient également les activités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et du comité régional sur les services pharmaceutiques.

## Enjeux

### L'accès aux soins et aux services de première ligne

L'accès à une équipe de professionnels de première ligne et, plus particulièrement, l'inscription auprès d'un médecin de famille, demeurent des préoccupations majeures pour les autorités du CIUSSS de la Capitale-Nationale. En 2019-2020, 18 296 nouveaux usagers se sont inscrits au guichet d'accès à un médecin de famille.

Les multiples actions dans ce secteur sont menées de concert avec le Département régional de médecine générale.

### Les effectifs

Les besoins d'effectifs médicaux en périphérie des centres urbains sont observables, notamment dans les domaines de la chirurgie générale (obstétrique), de la radiologie diagnostique et de la médecine de famille (hospitalisation, urgences et obstétrique).

Pour la région de Québec, la situation des effectifs médicaux dans les centres d'hébergement de soins de

longue durée s'est stabilisée comparativement à celle des dernières années, mais elle demeure sous surveillance étroite.

Enfin, tout comme l'ensemble des acteurs de la société et du système de santé, la DSP a rencontré de nombreux enjeux en fin d'exercice liés à la COVID-19.

## Réalisations

### L'accès aux soins et aux services de première ligne

À l'automne 2019, la DSP a constitué une équipe pour la mise en place de la plateforme Rendez-vous santé Québec qui permet à la population de prendre rendez-vous en ligne dans une clinique médicale. Le contexte de la pandémie aura accéléré son implantation dans les groupes de médecine de famille (GMF) et dans les cliniques médicales de la région. Ce faisant, les patients présentant des symptômes de la COVID-19 et ceux des niveaux de priorité 4 et 5 dans les urgences ont pu être redirigés vers leur GMF. De septembre à mars, plus de 21 000 rendez-vous ont été octroyés en ligne via la plateforme.

Pour répondre à l'urgence sanitaire de la COVID-19, des cellules de travail interdisciplinaires coordonnées par la DSP ont été mises en place. Elles sont à l'origine de plusieurs innovations. Certaines auront servi de base à l'élaboration de modèles d'organisation des services à l'échelle provinciale. Parmi ceux-ci figurent les cliniques désignées d'évaluation qui dirigent vers la première ligne la clientèle soupçonnée d'être porteuse de la COVID-19. La première clinique désignée d'évaluation

aura vu le jour sur le territoire de la Capitale-Nationale en avril 2020.

Le guichet d'accès à la clientèle orpheline est responsable de l'évaluation et de l'attribution des patients aux médecins de famille. En 2019-2020, 18 598 patients ont obtenu un médecin de famille par l'entremise du guichet, ce qui dépasse la cible ministérielle fixée à 16 618 patients.

### L'accès aux services spécialisés

En 2019-2020, le Centre de répartition des demandes de services a attribué plus de 61 227 rendez-vous de première consultation en médecine spécialisée pour l'ensemble de la région.

De plus, en février, le comité de vigie a tenu une demi-journée de réflexion sur l'accessibilité de la médecine spécialisée avec ses partenaires du CHU de Québec – Université Laval et de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Elle visait à déterminer les obstacles à l'accessibilité de certaines spécialités et à proposer des pistes de solution par la mise en place d'un plan d'action.

### Les effectifs

Du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 mars 2020, 92 candidatures ont été étudiées et se sont conclues par 51 nominations de médecins et de pharmaciens.

Sur l'ensemble des membres admissibles au renouvellement de leurs privilèges (645), le conseil d'administration a procédé à 574 renouvellements et à 71 non-renouvellements.

## DOSSIERS ÉTUDIÉS AU COURS DE L'EXERCICE

	Nomination	Démission	Modification	Total
<b>Effectif médical</b>				
Médecin spécialiste	10	12	1	23
Médecin de famille	36	11	13	60
Pharmacien	3	3	–	8
Dentiste			1	1
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>92</b>

Enfin, la planification quinquennale des effectifs médicaux spécialisés 2021-2025 a été réalisée en cogestion avec les directions cliniques impliquées et les établissements partenaires. Cette planification, qui s'inscrit en cohérence avec les développements de services prévus, permet de définir la vision de l'organisation pour les prochaines années.

### Les départements cliniques

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a adopté un plan d'organisation clinique qui comprend sept départements :

- Médecine d'urgence ;
- Psychiatrie ;
- Médecine de famille ;
- Imagerie médicale ;
- Anesthésie et chirurgie ;
- Médecine spécialisée ;
- Pharmacie.

Les chefs de département se sont mobilisés pour élaborer une offre de service complète à la population de la Capitale-Nationale.

Parmi les projets novateurs réalisés au cours de la dernière année, notons l'implantation de l'approche clinique PEPS (Projet d'évaluation de la personnalisation des soins infirmiers, médicaux et pharmaceutiques en soins de longue durée) par le Département de pharmacie. Ce projet phare pour l'établissement vise la réduction de la polymédication des aînés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Les résultats probants obtenus à ce jour lui ont d'ailleurs valu le *Prix du centenaire* remis par la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal pour l'avancement de la pratique en pharmacie, et le *Prix Hippocrate 2019* décerné par le magazine *Le Patient*. Soulignons que ce projet a attiré l'attention de plusieurs établissements au Québec.

### Priorités

La préparation nécessaire pour faire face à une éventuelle deuxième vague de la maladie à coronavirus est une priorité de la DSP. Outre la COVID-19, la direction donnera la priorité aux dossiers qui suivent, en cogestion avec les directions cliniques partenaires.

Accès aux soins et aux services de première ligne et aux services spécialisés :

- Reprise des activités en misant sur l'interdisciplinarité et la pertinence clinique des consultations de première ligne et des consultations en médecine spécialisée ;
- Implantation du conseil numérique auprès de l'ensemble des médecins de famille de la

Capitale-Nationale. Le conseil numérique est un mode de communication qui permet d'obtenir la réponse d'un spécialiste à une question précise, sur un cas spécifique. Du coup, le conseil numérique élimine une partie des demandes de consultation auprès des médecins spécialistes ;

- En collaboration avec l'équipe de l'accès intégré harmonisé, mise en œuvre du plan d'action pour le guichet d'accès réservé à la clientèle orpheline en portant une attention particulière aux clientèles vulnérables ;
- La DSP poursuivra sa collaboration étroite avec le Département régional de médecine générale et les médecins en GMF, en GMF-R et en GMF-U, pour assurer une gestion pertinente et efficace des ressources tout en demeurant à l'affût des opportunités pour bonifier l'offre de service de première ligne.

### Les effectifs

La rétention des médecins est une priorité pour l'établissement. En collaboration avec les chefs de départements cliniques, elle se traduira par la consolidation de :

- L'offre de service en spécialité et de services diagnostics, en complémentarité avec les partenaires territoriaux ;
- L'offre de service obstétrical (médecin de famille et chirurgie obstétricale) pour la région de Charlevoix ;
- La mission universitaire en psychiatrie.

### Les départements cliniques et le Département régional de médecine générale

Les priorités se déclinent dans différents secteurs, avec une préoccupation particulière pour la prestation de services à la clientèle gériatrique. Elles visent :

- L'optimisation et l'arrimage des différents services médicaux, pharmaceutiques et dentaires offerts en étroite collaboration avec les partenaires internes et externes, en misant entre autres sur la poursuite du projet PEPS et l'implantation du projet SIAD (soins intensifs à domicile), en collaboration avec la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) ;
- L'application de la nouvelle Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services dont ceux liés à la vaccination ;
- L'implantation du projet clinique dans la région de Portneuf. Le MSSS a autorisé, en 2019, le développement de services spécialisés de proximité pour la population de Portneuf qui comprendront des soins et des services en

chimiothérapie ambulatoire, en imagerie et en hémodialyse;

- L'adoption d'un plan régional d'organisation des services sous le leadership du Département régional de médecine générale.

### Les principales modifications apportées dans les services offerts et les ressources humaines

D'importants changements à la DSP ont permis de miser sur la cogestion médico-administrative. Ces changements se traduisent par :

- La nomination d'un directeur et d'un directeur adjoint pour la région de Portneuf;
- La création de deux services : services de première ligne et effectifs;
- La création d'une direction adjointe, volet administratif, chapeautant les trois secteurs d'activité;
- La transition sur le plan de la gouvernance clinique dans le Département de pharmacie (chef adjoint aux soins pharmaceutiques).

## 3.3.9 DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSM)

La Direction des services multidisciplinaires est responsable de mandats transversaux dont la réalisation nécessite une étroite collaboration avec de nombreux partenaires internes et externes. Elle dispense des services tout en soutenant le développement des compétences de ses professionnels.

### Enjeux

Depuis 2015, elle a la responsabilité d'un projet organisationnel dont l'objectif est d'améliorer l'accessibilité des soins et des services. Pour atteindre cet objectif, les actions de la dernière année ont porté sur :

- L'harmonisation, l'accessibilité et l'utilisation efficiente des bases de données dans le cadre du projet *Accès intégré et harmonisé* (AIH);
- La mise en place d'un tableau de bord organisationnel sur les activités du projet AIH et sur les services psychosociaux généraux au regard de la consultation sociale et psychologique;
- Le soutien au développement des compétences cliniques des intervenants de diverses disciplines pour toujours améliorer la qualité et la sécurité des services rendus aux usagers;
- La consolidation de l'intégration des volets santé et social au 811;

- La réalisation d'un projet pilote en soutien à l'organisation des services à la Clinique santé des réfugiés.

L'équipe du Service des archives, en collaboration avec la Direction des ressources informationnelles, a également adapté ses processus de travail en cohérence avec l'orientation du MSSS concernant le transfert du dossier clinique informatisé vers le dossier santé numérique.

L'offre de service à l'intention des clientèles majeures inaptes a également été diffusée à l'ensemble des intervenants et des gestionnaires de l'établissement.

### Réalisations

#### Le volet des services

Les actions et les objectifs qui suivent découlent du cadre de l'accès intégré et harmonisé par les équipes de liaison hospitalière, les services Info-Santé et Info-Social (811), les services psychosociaux généraux et le volet psychosocial de la sécurité civile et des mesures d'urgence :

- La validation d'un formulaire favorisant l'accessibilité et l'harmonisation des soins et des services de proximité et présentant des modalités de référence pour les partenaires (médecins, milieux scolaires, organismes communautaires);
- L'implantation d'une démarche clinique en rapport avec l'analyse du besoin prioritaire et la décision conjointe avec l'usager qui fait l'objet d'une pratique de pointe dans les GMF;
- La réalisation d'un plan d'action intégré pour les niveaux de soins alternatifs (NSA) régionaux qui vise à réduire le temps de séjour en milieu hospitalier des usagers en NSA et à rendre plus fluide l'accès aux ressources et aux services dans la communauté. Une trajectoire de communication efficiente est incluse dans ce plan d'action qui favorise de meilleurs arrimages entre les différents intervenants impliqués dans la trajectoire de services pour l'usager;
- Le soutien à l'implantation des standards de pratique en travail social et en soins infirmiers dans le contexte d'une équipe de liaison en milieu hospitalier;
- La contribution de la direction aux travaux portant sur les services de crise et les trajectoires de services, en collaboration avec les partenaires du réseau local de services et les directions des programmes Santé mentale et Dépendances et du programme Jeunesse;
- Le développement, de concert avec l'ensemble des directions de programmes, d'une trajectoire de services pour contrer les situations d'encombrement et d'insalubrité;

- Les premières phases d'implantation du Programme québécois pour les troubles mentaux au sein des services psychosociaux généraux et des autres directions de programmes;
- L'élaboration du continuum de services du volet psychosocial en sécurité civile, qui prévoit toutes les étapes entre l'intervention d'urgence et la phase de rétablissement;
- L'adoption des politiques et des procédures reliées au code blanc et au code jaune, et l'accompagnement des équipes pour leur application;
- La contribution aux travaux ministériels liés à l'élaboration d'un cadre de référence pour améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité généraux et de santé mentale.

### Les pratiques professionnelles

- L'intégration de la structure de soutien clinique dans les directions de programmes facilitée par un accompagnement adapté et un programme de formation spécifique;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action pour bonifier l'offre de service de la Clinique santé des réfugiés;
- Le développement, en collaboration avec les instances professionnelles, d'un projet organisationnel visant à renforcer les pratiques collaboratives au sein des directions de programmes;
- L'élaboration de la politique sur les fugues et les absences inexécutées;
- La réalisation d'un plan d'action concerté avec toutes les directions de programmes pour la prévention du suicide;
- La contribution de la direction dans différents mandats qui relèvent de la désignation universitaire, par exemple : l'évaluation du fonctionnement social et des guides d'intervention en GMF;
- Le soutien à l'élaboration et à l'application de lignes directrices pour le développement des compétences des intervenants et l'autorisation d'appliquer de nouveaux actes professionnels dans certains domaines (notamment en nutrition, en physiothérapie et en ergothérapie);
- La contribution du Centre d'expertise du réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux à l'organisation du colloque « L'intensification des services à domicile pour les personnes âgées – la collaboration interprofessionnelle : de la compréhension à l'action »;

- La mise en place d'une démarche concertée entre la DSM et le conseil multidisciplinaire pour soutenir l'appropriation des recommandations issues des avis émis par les comités de pairs.

Le Service des archives dispose maintenant d'une structure de gestion consolidée. Les éléments présentés sont relatifs au volet des archives de la DSM. Ils décrivent les mesures mises en place en réponse aux besoins organisationnels de l'établissement. Ses principales réalisations sont :

- L'approbation, par Bibliothèque et Archives nationales du Québec, du calendrier de conservation organisationnel;
- L'harmonisation progressive des formulaires cliniques de l'établissement;
- Le soutien des directions dans le pilotage des systèmes d'information pour les clientèles et la validation d'indicateurs de suivi;
- La gestion des espaces de classement pour les dossiers, le développement et l'intégration d'outils de documentation numérique.

### Priorités

Voici les actions à poursuivre dans les principaux dossiers jugés prioritaires au sein de nos secteurs d'activité :

- La fin de l'implantation de l'accès intégré et harmonisé et l'élaboration de stratégies pour pérenniser les meilleures pratiques en matière d'accessibilité des services;
- La bonification de l'offre de services sociaux généraux pour joindre les populations vulnérables et ainsi favoriser le rétablissement des personnes, des familles et des communautés. Ce dernier est rendu possible par l'application d'une approche de proximité qui prévoit une plus grande prise en charge en consultation sociale et psychologique à l'aide d'équipes interprofessionnelles;
- La collaboration entre les équipes d'organisation des soins et des services et les équipes interdisciplinaires d'intervention précoce en résidence pour personnes âgées, afin de répondre aux besoins de la clientèle vulnérable d'avoir un accès aux soins et aux services au moment opportun et de prévenir des séjours hospitaliers sans motif d'admission ou en NSA;
- L'actualisation de l'offre de service de bénévolat;
- Le développement d'un programme de prévention des chutes et de soutien à l'intégration des mesures associées au sein des directions de programmes;



- La diffusion du programme de formation pour la mise à jour des mesures et des responsabilités liées au soutien clinique;
- La contribution à la démarche de révision de standards de pratique au regard des mandats ministériels de désignation universitaire, notamment pour la Direction de la protection de la jeunesse;
- La poursuite des travaux sur le dossier de santé numérique et la rédaction d'un plan de transition local;
- La consolidation du système de transcription et le déploiement du logiciel de gestion documentaire – volet administratif.

### 3.3.10 DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES (DEAU)

La Direction de l'enseignement et des affaires universitaires est responsable :

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

En collaboration avec la Direction de la recherche, la DEAU est responsable du processus de renouvellement des quatre désignations universitaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale en déficience physique, en jeunesse, en première ligne en santé et services sociaux et en santé mentale.

#### Enjeux

- Pénurie de personnel dans les groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U);
- Libération des cliniciens pour contribuer aux affaires universitaires;
- Capacité d'appropriation des milieux et transfert de connaissances;
- Dotation de ressources humaines spécialisées pour la mission universitaire;
- Mesure des retombées de la mission universitaire;
- Maintien de l'offre de stage malgré le contexte de pénurie de main-d'œuvre.

### Réalisations

#### 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 des lieux privilégiés de recherche et d'enseignement qui, au cours de l'année :

- Cumulent 154 361 visites (pour les cinq GMF-U);
- Comptent plus de 65 000 usagers inscrits (environ 10 % de la population de la région de Québec);
- Obtiennent un taux d'assiduité supérieur à 84,4 % pour les cinq GMF-U;
- Ont formé 143 résidents en médecine familiale;
- Ont participé à plus de 20 projets de recherche en collaboration avec le Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne de l'Université Laval.

#### Enseignement pluridisciplinaire

- Gestion de 3 819 stages dans 49 disciplines pour un total de 62 797 jours-stages pluridisciplinaires (secondaire, collégial et universitaire) et pour des revenus de 783 111 \$;
- Actualisation du projet « Améliorer la capacité d'accueil de stages pluridisciplinaires afin de positionner le CIUSSS de la Capitale-Nationale comme leader régional en enseignement »;
- Réalisation d'un projet d'optimisation du processus de planification des stages.

#### Enseignement médical

- Gestion de 41 615 jours-stages liés à l'enseignement médical pour des revenus de 905 134 \$;
- Consolidation de la gestion des stages médicaux permettant une meilleure coordination sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

#### Affaires universitaires

- Développement des désignations universitaires;
- Structure de gouvernance de la mission universitaire active impliquant 13 directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- Intégration de directions transversales au sein de l'ensemble de la structure de gouvernance : Direction des ressources humaines et des communications (DRHC), Direction des services multidisciplinaires (DSM) et Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP);

- Recension de 35 projets d'innovation pour le Bureau de l'innovation du MSSS;
- Coordination de l'Entente relative aux travaux du chantier prioritaire ministériel sur l'amélioration de l'accès aux services de proximité : réalisation de trois livrables;
- Suivi du plan d'action du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (RUISSS-UL) concernant l'intensification des services de soutien à domicile des personnes âgées;
- Diffusion de la Politique relative à la gestion de la propriété intellectuelle et des droits d'auteur ainsi que des procédures associées.

### **Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS)**

- Treize projets d'ETMISSS en cours pour soutenir la prise de décision des gestionnaires et neuf ETMISSS finalisées;
- Réalisation de nombreux projets en collaboration avec d'autres UETMI du Québec;
- Production de sommaires exécutifs des projets d'ETMISSS.

### **Développement des pratiques innovantes, de leur évaluation et du transfert de connaissances (DPIETC)**

- Treize pratiques de pointe en cours et une pratique terminée;
- Dix pratiques innovantes en cours;
- Contribution à cinq mandats nationaux, dont deux sont terminés.

### **Valorisation des connaissances, formation réseau et rayonnement**

- Réalisation de 36 activités de rayonnement (événements, présentations) totalisant 2 780 participants;
- Réalisation de 45 formations réseau regroupant 470 participants;
- Production de 48 produits de valorisation (publications, capsules vidéo).

## **Priorités**

### **GMF-U**

- Implanter la cogestion médico-administrative entre la chef de service et la coordonnatrice des GMF-U;

- Transférer les données vers le nouveau fournisseur pour le dossier médical électronique;
- Préparer la prochaine visite d'Agrément Canada;
- Convenir d'ententes de partenariat avec les deux GMF-U privés conventionnés.

### **Enseignement pluridisciplinaire**

- Soutenir les directions afin de maintenir l'offre de stage malgré le contexte de pandémie;
- Implanter des outils de gestion de stages optimisés en cohérence avec les indicateurs de gestion mis en place;
- Poursuivre les activités de valorisation des superviseurs de stages pluridisciplinaires dans leurs fonctions de supervision.

### **Enseignement médical**

- Améliorer la qualité du service offert aux clients par la consolidation des processus et des procédures;
- Planifier l'augmentation prochaine des cohortes d'étudiants en médecine;
- Optimiser les stages médicaux dans la région de Charlevoix.

### **Affaires universitaires**

- Poursuivre les activités prévues aux plans d'action des désignations universitaires, en collaboration avec les directions concernées;
- Contribuer à une nouvelle hiérarchisation des projets liés aux affaires universitaires compte tenu du contexte de pandémie et des nouveaux mandats nationaux proposés par le MSSS;
- Contribuer, en concertation avec les directions, à la consolidation des mécanismes de gestion des connaissances afin d'optimiser le transfert des connaissances;
- Contribuer, en concertation avec les directions concernées, au développement de mécanismes permettant une plus grande visibilité de la mission universitaire ainsi que le suivi des retombées;
- Mettre en place un mécanisme de gestion centralisée des demandes liées au droit d'auteur;
- Communiquer les résultats des ETMISSS de manière plus systématique et vulgarisée.

### 3.3.11 DIRECTION DE LA RECHERCHE (DR)

#### Enjeux

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale est privilégié d'avoir quatre centres de recherche. Ceux-ci regroupent 312 équipes, plus de 1 500 professeurs, étudiants et professionnels qui se dévouent à l'avancement des connaissances et à l'amélioration de la qualité des services aux usagers. Chacun de ces centres présente un fort potentiel de maillage clinique et de recherche.

En revanche, la mobilisation des directions cliniques pour participer ou collaborer à des projets de recherche demeure un défi majeur qui est en partie dû à la charge de travail. Les difficultés de recrutement de participants, tributaire de la disponibilité de nos intervenants, limitent la réalisation de notre plein potentiel.

De plus, en raison de la pandémie, les activités de recherche qui n'ont pas pour sujet d'étude la COVID-19 ont été suspendues à la fin du mois de mars. L'impact de l'arrêt des travaux et des difficultés d'accès aux usagers et aux participants externes lors de la reprise est potentiellement énorme.

#### Nos centres en action

Selon le palmarès *Canada's Top 40 Research Hospitals* publié par la firme *Research Infosource Inc.*, notre CIUSSS se classe 13<sup>e</sup> au niveau national, parmi les trois meilleurs au Québec, et premier dans la catégorie des CIUSSS de la province.

Dans le cadre de la pandémie, nos chercheurs ont entrepris plusieurs projets dont celui de « Ma vie et la pandémie au Québec », un projet commun aux quatre centres. Il vise à mesurer les impacts psychosociaux de la pandémie en vue d'améliorer les services à la population.

Au cours de l'année, neuf nouvelles chaires de recherche, représentant près de 8,5 M\$ d'investissement, ont été créées. Elles sont une preuve d'excellence et de vitalité de nos centres.

#### 3.3.11.1 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 le domaine de l'adaptation, de la réadaptation et du soutien à l'intégration sociale. Ses activités de recherche portent sur les déterminants personnels (déficiences et incapacités) et environnementaux (obstacles et facilitateurs) qui influencent la participation sociale des personnes ayant une déficience physique, intellectuelle et un trouble du spectre de l'autisme. Le centre a

accueilli 6 nouveaux chercheurs et compte maintenant 79 équipes, 129 étudiants ainsi que 38 professionnels.

#### Récentes découvertes et réalisations

- Grâce à un don de la Fondation Élan, le CIRRIS a obtenu l'un des trois exosquelettes avec stimulation électrique disponibles dans le monde. Il sera utilisé pour la recherche et pour aider les personnes ayant une lésion incomplète de la moelle épinière à retrouver l'usage de leurs jambes ;
- Le CIRRIS est devenu partenaire d'une initiative française d'envergure, le projet Handicap Innovation Territoire (HIT) qui a pour ambition de structurer d'ici 2030 un territoire inclusif de référence en Europe ;
- Charles Batcho et ses collaborateurs ont développé une semelle intelligente qui calcule avec une grande précision le nombre de pas parcourus ;
- Benoit Gosselin et ses collaborateurs ont mis au point un timbre épidermique intelligent pour mesurer la fréquence respiratoire et les quintes de toux des usagers.

#### Priorités

- Accroître le transfert de connaissances vers la population à l'aide d'un nouveau plan de communication ;
- Déployer des stratégies innovantes pour permettre aux populations vulnérables de faire entendre leur voix à travers les projets de recherche ;
- Soutenir l'accès aux services et la participation sociale des personnes ayant des incapacités malgré les contraintes imposées par le contexte sociosanitaire.

#### 3.3.11.2 CENTRE DE RECHERCHE CERVO

Le CERVO a pour mission de faire progresser les connaissances sur les causes et le traitement des maladies neurologiques et psychiatriques. Par l'arrimage continu entre la recherche fondamentale et la recherche clinique, il développe de nouvelles technologies et méthodologies pour percer les mystères du cerveau. Le centre a accueilli cette année trois nouveaux chercheurs et compte maintenant 80 équipes, 232 étudiants ainsi que 115 professionnels.

#### Récentes découvertes et réalisations

- Caroline Ménard a découvert une nouvelle cible dans le cerveau pour traiter la dépression ;
- Yves De Koninck a élaboré une stratégie pour améliorer le potentiel des benzodiazépines utilisées pour traiter l'anxiété, l'épilepsie, voire la

douleur chronique. Ses travaux visent à combiner leur utilisation avec la réactivation d'une pompe à ions dans les neurones;

- Jean-Pierre Julien a élaboré une nouvelle thérapie expérimentale pour la sclérose latérale amyotrophique et la démence fronto-temporale; elle se classe parmi les 10 découvertes de l'année 2019 de la revue *Québec-Science*;
- Benoit Gosselin a mis au point un dispositif opto-électrophysiologique miniature sans fil permettant l'étude des microcircuits du cerveau;
- Flavie Lavoie-Cardinal et Paul De Koninck ont développé une nouvelle approche d'apprentissage machine pour l'optimisation des images de microscopie optique de superrésolution;
- Martin Lévesque a élucidé de nouveaux mécanismes qui sous-tendent le TDAH.

### Priorités

- Faire rayonner ses plateformes de neurophotonique et d'imagerie par résonance magnétique destinées à la recherche sur le cerveau;
- Développer une plateforme d'évaluation multisensorielle et de neurostimulation;
- Favoriser l'intégration de la recherche au sein des programmes Santé mentale et Dépendances;
- Renforcer le lien entre la recherche fondamentale et la recherche clinique à l'aide de nouvelles technologies immersives de suivi comportemental et d'intervention thérapeutique.

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

Le CRUJEF a pour mission de contribuer au développement et à la diffusion des connaissances sur les jeunes et les familles qui éprouvent des difficultés psychosociales. Le centre a accueilli 3 nouveaux chercheurs et compte maintenant 54 équipes, 213 étudiants ainsi que 57 professionnels.

#### Récentes découvertes et réalisations

- Évaluation de l'implantation des Services intégrés en abus et maltraitance (SIAM), et élaboration d'un protocole d'entrevue d'investigation étendue;
- Collaboration avec le MSSS et l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux à l'égard de la hausse des signalements à la Direction de la protection de la jeunesse, de la révision des standards de pratique en protection de la jeunesse et du plan d'action pour contrer et prévenir la fugue;

- Collaboration avec l'Université Laval et le CIUSSS de Chaudière-Appalaches à des réponses aux enjeux de formation des intervenants sociaux;
- Recherche sur les impacts des modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse, phase III : réunification familiale et remplacement;
- Études panquébécoises : Application de l'entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'agression physique, d'agression sexuelle ou de négligence grave et expérience de la séparation parentale et de la reconstitution familiale dans la société québécoise;
- Grille d'observation et d'évaluation des comportements parentaux pour les familles d'enfants de 6 à 12 ans et nouvelle stratégie d'intervention dans le domaine de l'attachement parent-enfant;
- Colloque « De la ruelle au virtuel : l'exploitation sexuelle et la prostitution juvénile » (309 participants);
- Participation au mémoire *Consultation sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse* et témoignage à l'Assemblée nationale (Commission Laurent).

### Priorités

- Formation d'un comité de réflexion composé de chercheurs réguliers pour soutenir le directeur scientifique dans la révision de la programmation scientifique;
- Préparation de la prochaine demande de renouvellement du statut d'institut universitaire du CRUJEF, qui sera déposée à l'automne 2021. On souhaite que cette demande soit basée sur des affiliations multiuniversitaires. Des actions seront entreprises en ce sens.

### 3.3.11.4 CENTRE DE RECHERCHE EN SANTÉ DURABLE VITAM (ANCIEN CERSPL-UL)

Le VITAM a pour mission de produire des connaissances de haut calibre, en collaboration avec la population et diverses organisations (réseau de la santé et des services sociaux, écoles, municipalités, organismes communautaires, etc.), dans le but de maintenir la population en santé et d'améliorer les services de santé et les services sociaux de proximité. Il a accueilli 12 nouveaux chercheurs et compte maintenant 99 équipes, 261 étudiants ainsi que 97 professionnels.

#### Récentes découvertes et réalisations

- Reconnaissance par le Fonds de recherche du Québec – Santé qui témoigne de l'excellence des travaux des équipes (cofinancé par le

Fonds de recherche du Québec – Société et culture) de VITAM et qui souligne la synergie interdisciplinaire et le partenariat avec les citoyens et les acteurs de la santé durable ;

- Démarche de création pour trouver un nom plus représentatif des créneaux du centre et plus évocateur pour la population : VITAM – Centre de recherche en santé durable ;
- Mise sur pied par Jean-Sébastien Paquette de la Clinique méta-santé pour améliorer la prise en charge des problèmes d'obésité en première ligne ;
- Conférence internationale ayant pour thème « La recherche sur la décision partagée axée sur la patiente et le patient », présidée par France Légaré (429 participants en provenance de 22 pays) ;
- Colloque « Les CHSLD en question » organisé par Éric Gagnon en vue d'améliorer les services offerts (94 participants) ;
- Café scientifique « Patients – Citoyens – Partenaires de recherche » organisé par le pôle Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval sur la stratégie d'engagement des patients et du public.

#### Priorités

- Positionner VITAM, au-delà de son rayonnement à l'international, comme le « Hub d'innovation sociale » en santé durable auprès des partenaires de la région ;
- Augmenter le nombre de collaborations et optimiser les communications entre notre communauté scientifique et la population, afin de développer ensemble un savoir et des approches innovantes dont la valeur sera reconnue par les citoyens et les partenaires.

### 3.3.12 DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉVALUATION, DE LA PERFORMANCE ET DE L'ÉTHIQUE (DQPE)

#### 3.3.12.1 BUREAU DU PARTENARIAT AVEC L'USAGER ET DE L'ÉTHIQUE (BPUE)

##### Enjeux

- Appropriation de l'approche usager partenaire par les nouveaux gestionnaires et les équipes cliniques du CIUSSS ;
- Soutien des divers comités des usagers et comités de résidents dans la mise à jour de leur mandat auprès de l'ensemble des clientèles.

##### Réalisations

- Recrutement de 96 usagers partenaires pour prendre part à un projet d'amélioration des soins et des services ;
- Élaboration, en collaboration avec des usagers partenaires et des chercheurs, d'un plan d'évaluation de l'implantation du partenariat au sein du CIUSSS ;
- Réalisation des démarches globales d'évaluation de l'expérience de l'ensemble des usagers de quatre directions : Direction du programme Jeunesse, Direction de la protection de la jeunesse ; Direction des programmes Santé mentale et Dépendances, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, volet clientèle en CHSLD. En tout, 2 130 usagers ou proches ont participé à ces sondages ;
- Réalisation de 85 démarches d'évaluation de l'expérience des usagers dans le cadre de projets spécifiques ;
- Réponse à 64 demandes de soutien aux préoccupations d'éthique clinique, élaboration de quatre capsules sur l'éthique et dispensation de 15 heures de formation.

##### Priorités

- Évaluation des retombées du partenariat avec l'utilisateur au sein du CIUSSS ;
- Collaboration entre les comités des usagers et les directions de programmes ;
- Intégration de la perspective d'éthique clinique dans l'élaboration de politiques qui concernent les usagers.

#### 3.3.12.2 COORDINATION DU SUIVI DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RESSOURCES

##### Enjeu

- Conformité de l'offre de service d'hébergement en RI et RTF avec les besoins de l'ensemble des programmes de services.

##### Réalisation

- Mise en place d'une cellule de soutien auprès des RPA à risque de fermeture.

##### Priorités

- Assurer l'ensemble des processus reliés à la gestion de la pandémie dans les milieux résidentiels RI, RTF, RPA et RHD ;



- Augmenter le recrutement des familles d'accueil jeunesse afin de répondre aux besoins de la clientèle.

### 3.3.12.3 DIRECTION ADJOINTE DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

#### Enjeu

- Pérennité de la culture d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement.

#### Réalisations

- Succès, à l'automne 2019, de notre démarche d'évaluation par Agrément Canada des normes de gouvernance, du leadership, des activités de santé publique, des programmes pour la jeunesse et de ceux en dépendances et en santé mentale, de la gestion des médicaments, de la prévention des infections et du retrait des dispositifs médicaux réutilisables ;
- Élaboration du cadre intégrateur de la qualité et consultation auprès de différentes instances organisationnelles et directions du CIUSSS.

#### Priorités

- Mise à jour de la politique de gestion intégrée des risques ;
- Implantation du cadre intégrateur de la qualité ;
- Application des mesures élaborées en contexte de pandémie dans l'ensemble des milieux d'hébergement RI, RTF et RPA.

### 3.3.12.4 ÉQUIPE DE COORDINATION DE LA SÉCURITÉ CIVILE ET DES MESURES D'URGENCE

#### Enjeux

- Préparation des activités de coordination régionale en réponse à la seconde vague anticipée de COVID-19 ;
- Formation sur les mesures d'urgence pour les intervenants répondants dans les installations ;
- Rédaction du guide *Premiers secours, premiers soins* et sa diffusion dans le plan opérationnel des mesures d'urgence ;
- Mise en œuvre d'un plan de continuité des affaires.

#### Réalisations

- Coordination régionale de la sécurité civile, avec l'ensemble de nos partenaires, pour la gestion de la réponse à la COVID-19. La convergence des

orientations et des directives ministérielles a permis de déterminer les stratégies efficaces et les actions cohérentes ;

- Participation à un exercice de code orange avec l'Aéroport international Jean-Lesage de Québec pour tester le système de gestion de la mobilisation et activer le centre de coordination régionale en mettant à contribution les équipes concernées, et plus particulièrement les services préhospitaliers et les centres hospitaliers de la région ;
- Mise en place des mesures d'urgence dans les installations associée à une campagne de sensibilisation, à la création d'une zone sur le site Internet et à la réimpression des autocollants.

#### Priorités

- Planification des mesures à mettre en place pour améliorer la réponse de l'organisation à la seconde vague anticipée de COVID-19 ;
- Poursuite de la mise en place du plan opérationnel des mesures d'urgence dans les installations du CIUSSS ;
- Officialisation du plan de sécurité civile ;
- Élaboration du plan organisationnel pour la continuité des affaires.

### 3.3.12.5 UNITÉ DE GESTION ET DE SUIVI DE L'INFORMATION

#### Enjeu

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

#### Réalisations

- Dépôt de trois audits sur la qualité des données touchant les unités de mesure de neuf centres d'activité contenus dans le rapport financier ;
- Développement des salles tactiques des directions adjointes (75 salles actives pour 1 100 indicateurs suivis à chaque période).

#### Priorité

- Maintien et amélioration du fonctionnement des actifs informationnels (accessibles sur le portail de l'unité de gestion et de suivi de l'information) pour l'aide à la décision.

### 3.3.12.6 DIRECTION ADJOINTE DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PERFORMANCE

#### Enjeux

- Révision des priorités en fonction de l'évolution de la pandémie dans une perspective de gestion agile et flexible ;
- Pérennité de la culture d'amélioration continue de la performance au sein de l'établissement.

#### Réalisation

- Mise en œuvre des indicateurs d'accident de travail et de l'assurance salaire, avec et sans perte de temps, à partir du niveau stratégique jusqu'aux équipes opérationnelles dans les caucus.

#### Priorités

- Accompagnement et soutien des directions et de la sécurité civile selon l'évolution de la pandémie ;
- Élaboration et mise en œuvre du plan d'action 2020-2023 de l'établissement ;
- Mise en place de la gestion intégrée du portefeuille de projets organisationnels.

### 3.3.13 DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES (DST)

#### Enjeux

- Difficulté de recruter de la main-d'œuvre spécialisée ou non afin de pourvoir plusieurs postes vacants. Le contexte exceptionnel de la pandémie, à la mi-mars, a cependant permis l'embauche de centaines de préposés à l'entretien ménager ;
- Difficulté de réaliser des travaux de maintenance et d'amélioration des milieux de vie (centres d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD], résidences à assistance continue) en raison de la présence des résidents d'une part, et de la vétusté des bâtiments d'autre part. Ces bâtiments ont une configuration mal adaptée et imposent des limitations fonctionnelles importantes.

#### Réalisations – projets d'amélioration continue

- Hiérarchisation des priorités de réalisation des travaux de ventilation et de climatisation à partir d'un rapport portant sur plus de 70 bâtiments de l'organisation ;

- Planification de la mise aux normes de toutes les salles de bains et des douches en CHSLD à la suite du dépôt d'un rapport d'évaluation ;
- Implantation d'un nouveau processus de planification et de réalisation des projets immobiliers de rénovation ;
- Formation sur le travail en hauteur offerte aux employés des services techniques de plus de 22 installations ;
- Inspection et modification des machines à risque ;
- Mise en place d'un processus formel de suivi des accidents avec perte de temps ;
- Déclaration de conformité des pratiques de la direction à la suite de la visite d'évaluation d'Agrément Canada. Les visiteurs ont attribué une mention d'excellence pour la mise en place du code rouge et des plans opérationnels détaillés des mesures d'urgence et pour la propreté exceptionnelle de nos installations ;
- Année record d'investissement et de décaissement du Plan de conservation en équipement et mobilier – volet médical, avec 6,4 M\$ en remplacement d'équipements médicaux pour l'équipe du service de génie biomédical ;
- Efforts exceptionnels pour la mise en place de plusieurs mesures en réponse à la pandémie de COVID-19. Entre le 12 et le 30 mars 2020, une mobilisation sans précédent a permis de rehausser les mesures d'hygiène et de salubrité en CHSLD, de contrôler l'accès des centres d'hébergement et de trouver des sites non traditionnels pour des centres de convalescence. Plusieurs projets immobiliers ont également été réalisés en rapport avec cette situation :
  - Aménagement d'espaces pour l'ajout de 136 lits d'hébergement dans 9 installations différentes, dont 44 au Centre d'hébergement Saint-Augustin ;
  - Aménagement d'un centre de dépistage à l'Hôpital Chauveau ;
  - Aménagement d'un centre de dépistage à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec ;
  - Aménagement d'un centre de dépistage au centre commercial Fleur de Lys ;
  - Aménagement d'un centre de dépistage à Saint-Hilarion ;
  - Ajout de 22 postes d'appel 811, Info-Santé ;
- Création de deux postes stratégiques pour la gestion de projets énergétiques et du développement durable.

## Réalisations – projets immobiliers

Investissement de 31,9 M\$ prévu dans le Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI). Des fonds pour la recherche totalisant 10,8 M\$ ont aussi été investis en projets immobiliers. D'importants efforts sont consentis pour accélérer le décaissement du PCFI et du Plan de conservation en équipement et mobilier.

### Principaux projets immobiliers

#### Hôpital régional de Portneuf :

- Mise en chantier du projet « Ajout d'un tomodynamomètre, réaménagement de l'urgence et des cliniques ambulatoires ».

#### Institut de réadaptation en déficience physique de Québec :

- Livraison du nouveau département d'urologie.

#### Institut universitaire en santé mentale de Québec :

- Aménagement d'un centre de neuromédecine ;
- Aménagement de plusieurs espaces pour un laboratoire de neurodéveloppement psychiatrique dans le pavillon F ;
- Aménagement d'un centre d'excellence en psychothérapies pour troubles de santé mentale dans le pavillon S.

#### Hôpital Jeffery Hale :

- Réaménagement du centre de jour anglophone et des espaces communautaires dans le pavillon administratif ;
- Réfection du secteur des services alimentaires.

#### CLSC des Rivières :

- Aménagement du secteur de la gastro-entérologie pour la stérilisation des endoscopes.

#### Hôpital de La Malbaie :

- Remplacement des appareils de radiographie et de fluoroscopie ;
- Rénovation du secteur de la mammographie et de la densitométrie.

#### Centre d'hébergement Saint-Antoine :

- Construction d'une nouvelle terrasse couverte et sécuritaire.

#### Centre d'hébergement Sacré-Cœur :

- Réfection des équipements de lavage du service alimentaire.

#### Centre d'hébergement Saint-Casimir :

- Remplacement des fenêtres.

#### CLSC Donnacona :

- Réaménagement de l'accueil, de la salle d'attente, de la salle de prélèvements, et sécurisation de la circulation.

#### Centre d'hébergement Bellerive (La Malbaie) :

- Réaménagement d'un ilot prothétique.

#### Hôpital de Sainte-Anne-de-Beaupré :

- Réaménagement d'un ilot prothétique.

#### Achat de terrains pour la construction de quatre maisons des aînés :

- Des démarches pour l'achat de terrains dans les secteurs de Lebourgneuf, Sainte-Foy, Pont-Rouge et Saint-Hilarion ont été réalisées. La structure de projet est en place et les plans et devis sont à l'étape du dossier d'affaires.

#### Centre d'hébergement Saint-Augustin :

- L'analyse par la Société québécoise des infrastructures se poursuit. La reconstruction sur le site est maintenant envisagée sous le concept de maison des aînés. Le dossier est à l'étape du dossier d'affaires.

#### Hôpital de La Malbaie :

- L'annonce de la rénovation de l'hôpital a été faite par le premier ministre du Québec. Le dossier est à l'étape du dossier d'affaires.

## Réalisations – optimisation des espaces

Un comité de gestion des espaces a été constitué afin de hiérarchiser les priorités d'attribution des locaux. Une politique sur la gestion des espaces a été rédigée et sera bonifiée en fonction des possibilités reliées au télétravail et aux technologies qui réduisent les besoins de locaux. De plus, la libération du bâtiment sis au 555, boulevard Wilfrid-Hamel par le MSSS au cours de l'année 2020 permettra de répondre à plusieurs demandes d'espaces formulées au fil des années.

### Priorités

- Poursuite de la lutte contre la COVID-19 par l'amélioration des milieux physiques, la gestion de la sécurité et la bonification des mesures d'hygiène et de salubrité ;
- Démarrage de projets en développement durable et de projets majeurs d'efficacité énergétique en mode d'économie d'énergie garantie ;

- Poursuite des projets majeurs en construction dans le respect des échéanciers très serrés;
- Intensification des efforts en prévention et en santé et sécurité au travail.

### 3.3.14 DIRECTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES (DRI)

#### Enjeux

##### La limitation des ressources

La difficulté de disposer des ressources humaines et financières suffisantes, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, de désuétude technologique et de projets importants à réaliser pour soutenir la mission de l'organisation, oblige les différentes directions à faire des choix entre les besoins technologiques en exploitation, les projets de maintien d'actifs, les projets liés à la transformation et ceux requis pour rencontrer les obligations ministérielles.

##### La mise à jour du parc informatique

Le parc technologique du CIUSSS de la Capitale-Nationale est très hétérogène et désuet, ce qui nécessite le remplacement d'une grande partie des équipements et laisse peu de place au développement organisationnel.

La complexité du parc et la multiplicité des équipements impliquent de répéter un nombre important de configurations manuelles sur différents équipements hypothéquant la création de valeur de ces ressources. La mise en place d'outils de gestion performants permettra de faciliter le soutien, d'accélérer les déploiements et d'améliorer l'expérience de l'utilisateur.

##### Le report des projets en raison de la pandémie

Le support des activités de sécurité civile pendant la pandémie de COVID-19 a mobilisé pratiquement l'entièreté des ressources humaines de la Direction des ressources informationnelles. Plusieurs chantiers ont été complètement arrêtés pour éviter la propagation de la maladie. L'organisation n'a donc pu remplacer, comme il était prévu, des équipements informatiques désuets et elle a dû reporter le renouvellement des 84 systèmes téléphoniques vétustes pour lesquels un changement du câblage avait débuté.

#### Réalisations

- Élaboration en cours du plan de transition local en préparation du projet d'envergure du MSSS, le dossier santé numérique. Afin de mettre en œuvre ce projet, le MSSS a défini des prérequis à la

fois d'ordre technologique et logiciel que doivent remplir les établissements;

- La modernisation d'un important centre de traitement informatique (CTI) permettra la consolidation de plusieurs salles informatiques non conformes dans une infrastructure technologique en deux pôles afin d'améliorer la disponibilité de services des applications critiques. Le réaménagement complet d'une des deux salles de serveurs est complété, de même que le déploiement d'une nouvelle unité principale de stockage du CTI redondant. L'infrastructure de virtualisation des serveurs est également en place;
- Le projet de renouvellement des systèmes téléphoniques est démarré. Il consiste à remplacer 84 systèmes désuets ainsi que 17 000 appareils téléphoniques et analogiques sur une période de 5 ans. Les nouveaux systèmes téléphoniques sont installés dans les bureaux de la Direction de santé publique ainsi que dans les deux CTI afin de disposer de redondance en cas de panne. Le projet se poursuivra durant les quatre prochaines années;
- Le projet provincial de mise en place d'un index patient organisationnel (IPO) visant à harmoniser l'ensemble des index des différents établissements est complété à 50 %;
- La DRI a instauré un cadre de réalisation de projet selon la méthode Agile. Il s'agit d'une transformation importante des processus de la DRI qui vise à réaliser des projets de façon plus efficiente. Pour faciliter le changement auprès des gestionnaires, des approches du management 3.0 ont été mises de l'avant;
- L'embauche de consultants externes a permis d'accélérer la mise à jour du parc technologique et le maintien d'actifs des applications cliniques :
  - 2 800 postes de travail ont été migrés vers Windows 10;
  - 3 500 postes de travail ont été intégrés dans le répertoire d'entreprises (75 % des postes);
  - Plus de 2 800 postes de travail désuets ont été remplacés;
  - 26 stations de visioconférence ont été renouvelées;
  - 357 commutateurs réseaux ont été substitués;
  - 125 imprimantes ont été remplacées;
  - 48 serveurs ont été retirés;
  - Plus de 70 instances de systèmes cliniques ont fait l'objet d'une mise à jour, d'une consolidation ou d'un retrait;

- Déploiement de l'actif CPSS (coût par parcours de soins) permettant de soutenir la mise en place du mode de financement axé sur les patients (FAP) ;
- Déploiement de l'actif ENA (environnement numérique d'apprentissage) offrant une plateforme contenant un ensemble de matériel pédagogique permettant l'apprentissage en ligne et s'adressant à tous les professionnels de la santé ;
- Modernisation (maintien d'actifs) de plus d'une dizaine de systèmes soutenant les services administratifs de l'organisation (ex. : systèmes de gestion de maintenance aux Services techniques, de gestion des points de vente en cafétéria, d'entrepôts de données aux Finances, etc.) ;
- Analyse et réalisation de travaux d'infrastructure RI (réseau, câblage, systèmes de contrôle et de sécurité du bâtiment, etc.) dans plus d'une cinquantaine de projets immobiliers gérés par la Direction des services techniques dont quelques grands chantiers tels que l'Hôpital régional de Portneuf ;
- L'augmentation de la bande passante Internet a été réalisée en déployant deux liens de 600 Mbits/s qui permettent d'éviter de sortir par les liens réseaux du MSSS. Le trafic est réparti entre les deux CTI ;
- La téléconsultation a été mise en place pour le soutien à domicile, la clinique TSO et dans les ambulances, ce qui évite aux médecins d'accompagner l'utilisateur jusqu'à sa destination. Elle permet aux usagers d'obtenir des services médicaux dans leur milieu de vie ;
- La COVID-19 a apporté son lot de défis et de projets structurants, en plus de permettre une innovation technologique accélérée. Plusieurs centaines de demandes provenant directement de la sécurité civile ont été traitées en très peu de temps :
  - La mise en place de cliniques de dépistage à l'Hôpital Chauveau ;
  - La mise à jour des centres d'appel pour répondre aux besoins dans le contexte de la COVID-19 ;
  - Le support technologique de la sécurité civile (portables, visioconférence, cellulaires) ;
  - L'utilisation de *React* pour la téléconsultation ;
  - L'ouverture d'une unité pour usagers NSA ;
- Plusieurs projets organisationnels ont fait l'objet d'une collaboration interétablissements ou interdirections :
  - La formation continue partagée – volet environnement d'apprentissage ;
  - Plusieurs projets biomédicaux ;
  - Les coûts par parcours de soins ;
  - Les projets immobiliers (Hôpital régional de Portneuf).

## Priorités

- Le maintien d'un environnement technologique à jour et sécuritaire permettra de stabiliser et d'optimiser l'entretien des équipements. Dans ce contexte, il est primordial de poursuivre le remplacement des équipements désuets en tenant compte des priorités organisationnelles ainsi que des capacités humaines et financières de la DRI ;
- L'élaboration du plan de transition local en préparation de la mise en place du dossier santé numérique. Il est donc impératif de démarrer les activités nécessaires afin de rencontrer les exigences établies ;
- La poursuite du projet de remplacement des systèmes téléphoniques permettra de diminuer grandement les risques de défaillance et de réduire le nombre de plaintes des usagers ;
- La mise à niveau de l'infrastructure réseau pour accroître sa performance en vue de l'implantation de nouvelles technologies émergentes. Dans la prochaine année, la DRI poursuivra le remplacement des équipements de réseautique et du câblage des diverses installations afin de répondre aux besoins cliniques et administratifs pour les 15 prochaines années ;
- Le maintien des actifs cliniques et administratifs se fera dans la prochaine année selon la planification prévue ;
- La transformation par la méthode Agile, qui est une assise importante au sein de la DRI, sera mise de l'avant pour la réalisation de tous les projets et les opérations quotidiennes ;
- Afin de simplifier la gestion des environnements technologiques, une analyse des besoins sera réalisée afin de se doter d'outils performants qui viendront simplifier la gestion des équipements et améliorer le soutien à l'utilisateur ;
- Dans le contexte de la COVID-19, il est primordial de poursuivre l'agilité dont s'est dotée la DRI et de répondre promptement aux besoins, en fournissant les outils nécessaires tout en préservant la sécurité de l'environnement numérique du CIUSSS de la Capitale-Nationale.



## 3.3.15 DIRECTION DE LA LOGISTIQUE (DL)

### Enjeux

#### La disponibilité de la main-d'œuvre

En tenant compte des enjeux de disponibilité de la main-d'œuvre qui touchent la région, la libération du personnel clinique des tâches logistiques et hôtelières allait constituer une stratégie à explorer et dégager des heures directement consacrées aux services aux usagers.

#### La connaissance de l'offre alimentaire

L'offre alimentaire est harmonisée à travers le CIUSSS depuis juin 2018. La Direction de la logistique (DL) est très fière de la qualité du menu et de toutes ses possibilités, notamment au regard des déclinaisons de texture. Toutefois, force est de constater que les usagers ne connaissent pas l'ensemble des choix disponibles. La direction s'est donné pour objectif de rencontrer toutes les personnes nouvellement admises dans une installation du CIUSSS afin de leur présenter l'offre alimentaire qui propose deux menus à chaque repas sur une période de trois semaines. Dans cette démarche, le rôle de la technicienne en diététique est crucial. Nul doute que ce changement de pratique sera profitable à l'ensemble des usagers.

#### La révision de l'organisation du mode de distribution

Après analyse, et par souci d'économie, l'organisation souhaite reprendre le contrôle du processus de distribution des fournitures. Le contexte de pandémie de COVID-19 a fait ressortir la nécessité d'être autonome en la matière, en particulier à l'égard des fournitures médicales.

### Priorités

- S'assurer que l'offre alimentaire et la notion de choix de menu soient bien connues des usagers ;
- Mettre en place le projet de déplacement durable dont l'objectif est d'éliminer ou d'atténuer les difficultés liées à la capacité des parcs de stationnement, et se doter de stratégies d'intervention sur mesure en fonction des besoins spécifiques et des problèmes de mobilité dans une perspective durable ;
- Structurer les prochaines étapes du processus de distribution des fournitures dans un plan directeur logistique organisationnel basé sur le succès de distribution des fournitures médicales.

### Réalisations

#### Libération du personnel clinique

La prise en charge de la distribution des fournitures médicales par la Direction de la logistique a constitué la première étape de la libération du personnel clinique. L'optimisation du processus d'implantation du système éprouvé du double casier a ensuite permis de dégager de nombreuses heures qui sont maintenant consacrées aux services aux usagers. Au total, ce projet a permis l'installation de 60 réserves de médicaments et l'élaboration de huit catalogues de produits ayant mené à :

- L'harmonisation des produits par type de point d'utilisation tout en respectant la nature et l'unicité des activités cliniques prévues dans les différents types d'activités ;
- L'implantation des meilleures pratiques harmonisées et reconnues d'entreposage et de distribution et l'établissement de nouveaux standards pour l'ensemble de l'organisation.

#### Parc d'aides techniques

Les investissements récents du gouvernement pour l'ajout d'employés en soutien à domicile en 2019-2020 ont créé une augmentation de 29 % des demandes de prêt et d'acquisition d'aides techniques. La Direction de la logistique a su maintenir et même améliorer les délais liés à l'attribution et à la livraison de ces aides, malgré l'addition d'opérations qui s'avérait nécessaire. Le suivi adéquat de ces opérations et de la prise de données a amené la direction à faire une demande d'ajustement à la hausse de l'enveloppe budgétaire future afin de répondre aux besoins. La somme de 134 898 \$ a été allouée à la direction pour réaliser les opérations liées au parc d'aides techniques.

#### Transport

Dans la foulée du projet « Application des mesures » de la Direction du programme Jeunesse et de la Direction de la protection de la jeunesse, le nombre de visites supervisées des parents d'enfants suivis en protection de la jeunesse a augmenté de façon considérable. Afin de répondre au besoin de transport des jeunes et de libérer les professionnels, la Direction de la logistique a pris en charge la gestion des 300 à 400 transports hebdomadaires.

#### Approvisionnement

La Direction de la logistique a augmenté le taux d'acquisition en achat regroupé afin de réaliser des économies. À cette fin, elle a mis en place un processus d'acquisition des produits non négociés en regroupement d'achat qui favorise la collaboration de toutes les directions pour rencontrer la cible gouvernementale incluse dans l'entente de gestion du CIUSSS. Au terme de l'année

financière, l'exercice a permis, entre autres, de modifier la trajectoire d'acquisition de produits pour une valeur de 2 481 203 \$ vers une acquisition en achat regroupé.

### 3.3.16 DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES ET INSTITUTIONNELLES (DAJI)

#### Enjeux

- Volume très important de dossiers litigieux en droit de la santé et en droit de la jeunesse à assumer pour des équipes restreintes d'avocats, dans un contexte où du retard s'est accumulé dans l'audition des procès devant les tribunaux, en raison de la suspension des activités non urgentes des tribunaux;
- Difficulté majeure à recruter du personnel de soutien juridique, en raison d'une pénurie dans ce domaine et des conditions de travail très compétitives du secteur privé;
- Révision des priorités de la division des affaires institutionnelles en fonction de l'évolution de la pandémie;
- Impacts de la suspension des activités (qui étaient en cours et en développement) avec les partenaires pour établir une nouvelle gouvernance des réseaux locaux de services (RLS), en raison de la pandémie.

#### Réalisations

##### Affaires juridiques

- Confirmation par le MSSS de la pérennité de la Direction des affaires juridiques et institutionnelles (DAJI) au profit du CIUSSS de la Capitale-Nationale et de l'IUCPQ – Université Laval;
- Réorganisation des activités effectuée pour mieux servir les directions des deux établissements, soit la fusion des services de droit de la santé, litige et droit corporatif, afin d'habiliter les avocats de ces secteurs à exercer dans un plus grand nombre de domaines de droit;
- Consolidation des équipes des services droit de la jeunesse, droit de la santé, droit du travail et santé et sécurité au travail;
- Réduction de près de 30 % des coûts juridiques, soit des économies de près de 1,5 M\$ par année, depuis la création d'une direction juridique interne. Près de 10 000 heures de service d'avocats complémentaires ont été générées annuellement par rapport aux services auparavant offerts par des firmes externes;

- Des plus-values qualitatives appréciables de l'existence d'une direction juridique interne par la mise en place, notamment, de processus de gestion collaborative et de soutien aux directions dans les dossiers à incidence juridique, dont :
  - La mise en place de plus de 10 forums périodiques de soutien avec différentes directions;
  - Le développement de plus de 40 formations adaptées aux besoins des directions;
  - La production de plus de 50 outils de vulgarisation juridique, aide-mémoires, gabarits d'entente adaptés aux besoins des directions;
  - La collaboration à la rédaction et à la révision de politiques et de procédures afférentes à ces domaines;
- Développement d'une expertise interne, de réponses adaptées et plus rapides, au bénéfice des usagers et des directions;
- Perspectives de partage d'expertise et de collaboration avec les partenaires du réseau et d'autres partenaires juridiques;
- Implication soutenue de la communauté de pratique des affaires juridiques;
- Coordination des chantiers d'affaires juridiques;
- Collaborations multiples avec des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires externes;
- Génération de nouvelles collaborations interdirections structurées;
- Révision des collaborations existantes pour en accroître l'efficacité par :
  - La mise en place de rencontres statutaires entre les équipes d'avocats de droit du travail, celles de la santé et sécurité au travail et les équipes du service de la gestion intégrée de la présence au travail pour analyse en amont des dossiers litigieux;
  - L'élaboration, avec l'exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, de trajectoires et de processus de soutien structurés pour la prise en charge et les suivis récurrents des dossiers de discipline de ses membres;
- Reconsidération des rencontres statutaires entre les avocats de l'équipe en droit de la santé et les intervenants du Bureau du majeur inapte.

##### Affaires institutionnelles

- Développement des activités complémentaires prises en charge par la Division des affaires institutionnelles au cours de l'automne 2018;

- Coordination des ressources et des activités du Bureau du président-directeur général :
  - Mise en place de trajectoires et révision des processus d'organisation du travail pour accroître l'efficacité des services offerts aux directions ;
  - Révision du processus de suivi de dossiers et d'organisation du travail afin d'optimiser le service offert aux membres du conseil d'administration de même qu'aux directions ;
- Développements des affaires corporatives :
  - Élaboration de trajectoires et de processus formels à l'égard des activités de gestion corporative de l'établissement (accès à l'information, gestion des documents administratifs, gestion des ententes organisationnelles, gestion des permis et désignations, gestion des dossiers d'assurance responsabilité).
  - Embauche d'une nouvelle ressource pour effectuer la coordination des liens avec les fondations qui a permis le développement de processus de soutien plus structurés au bénéfice des fondations partenaires.
- Consultations auprès des principaux partenaires internes et externes : le comité de direction, le président-directeur général des deux autres établissements de santé de la région, les chercheurs, le Secrétariat de la Capitale-Nationale, les représentants des milieux socio-économique et communautaire ;
- Formation d'un comité ad hoc de réflexion sur la structure de gouvernance, les mécanismes de liaison et le mécanisme de soutien interne au déploiement ;
- Création d'un comité ad hoc de réflexion sur les forums d'échanges citoyens ;
- Ébauche d'une représentation de la structure de gouvernance 2.0 ;
- Canevas de base du cadre de gestion comprenant les mandats des composantes de la structure de gouvernance, les mécanismes de liaison à prévoir, et définition du type de soutien interne requis ;
- Collaboration avec la Direction de santé publique et le Bureau du président-directeur général adjoint pour la tenue de six rencontres des décideurs des réseaux locaux de services portant sur l'objectif prioritaire de l'établissement qui est d'agir sur les déterminants de la santé, et plus particulièrement, d'agir sur les inégalités sociales de santé.

### **Liens avec les élus et les décideurs de la région**

- Création d'une « porte d'entrée » au sein de l'établissement afin de répondre aux demandes d'information des élus et des décideurs, aux demandes relatives aux offres de service de l'établissement et aux demandes corporatives ;
- Tournée avec le président-directeur général de l'ensemble des préfets et des maires des six MRC de la région qui a permis d'établir des liens étroits avec ces derniers ;
- Tournée avec le président-directeur général de l'ensemble des députés de la région pour faire connaître davantage nos services et répondre aux besoins de ces derniers relativement à leur rôle clé auprès des citoyens de la région.

### **Coordination des activités stratégiques en rapport avec les quatre réseaux locaux de services de la Capitale-Nationale**

En cours d'année, de nombreuses actions stratégiques structurantes ont été mises en place dans le cadre du mandat confié par le président-directeur général à la directrice de la DAJI pour repenser la structure de gouvernance du Réseau territorial de services (RTS) et des quatre réseaux locaux :

- Élaboration d'un cadre de gestion et d'une nouvelle structure de gouvernance à mettre en place en 2020-2021 ;

## **Priorités**

### **Division des affaires juridiques**

- Consolidation de ses activités ;
- Déploiement d'efforts pour créer de nouvelles collaborations interdirections et ainsi mieux les soutenir en amont.

### **Division des affaires institutionnelles**

- Réorganisation de la Division des affaires institutionnelles afin de transférer la responsabilité des affaires corporatives au directeur adjoint de la Division des affaires juridiques. L'objectif est de développer davantage ces services et de bénéficier de l'expertise des avocats dans ces domaines ;
- Mise en place d'un processus permanent de sollicitation des employés au bénéfice des 12 fondations de l'établissement, tant au chapitre des campagnes de financement qu'à celui de la participation à leurs activités ;
- Mise en place d'un comité philanthropique au sein de l'établissement.

### 3.3.17 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS (DRHC)

#### Enjeux

##### La pénurie de main-d'œuvre

La mission de l'établissement qui consiste à offrir des services de santé et des services sociaux de qualité à la population requiert le recrutement d'employés compétents et mobilisés. Cette année, la pénurie de main-d'œuvre a atteint de nouveaux sommets dans la région de la Capitale-Nationale, ce qui a obligé la Direction des ressources humaines et des communications à relever des défis importants en matière d'attraction, de recrutement et de rétention du personnel. Cette situation complique l'organisation du travail et impacte directement le taux d'absentéisme et le nombre d'accidents de travail. De plus, la précarité des emplois dans le réseau de la santé comporte des défis de rétention et de stabilité dans les équipes de travail et, conséquemment, affecte la qualité des services offerts.

##### La valorisation du personnel

Le sentiment d'appartenance et d'engagement à une grande organisation comme le CIUSSS de la Capitale-Nationale est plus difficile à développer, d'où l'importance de la valorisation des personnes et d'une gestion de proximité afin d'impliquer les employés dans l'amélioration continue des services aux usagers et des façons de faire propres à leur équipe.

#### Réalisations

##### Le recrutement

Malgré la pénurie de main-d'œuvre, la direction a réussi à embaucher 2 006 nouveaux employés. Il s'agit de la deuxième meilleure année depuis la création du CIUSSS. De plus, l'équipe du recrutement a participé à plus de 35 événements de recrutement.

La DRHC a également accentué les actions de recrutement afin d'explorer un nouveau bassin de candidats qualifiés provenant de l'international et plus particulièrement de la France, de la Belgique, du Maroc et de la Tunisie. Des missions à l'étranger et virtuelles ont permis d'analyser plus de 10 000 candidatures, de rencontrer plus de 1 000 candidats, pour finalement en recruter 235. Ces derniers viendront combler des emplois d'infirmière et d'infirmier, de préposé aux bénéficiaires et d'analyste en informatique.

##### La gestion de proximité

À la suite de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions locales des conventions collectives, les partenaires

RH et les conseillers en relations de travail ont accompagné les gestionnaires pour la révision et l'analyse des structures de postes et le développement de pratiques de gestion de proximité des équipes. Le but était d'optimiser la gestion des effectifs par la révision des postes. Ainsi, dans la perspective de stabiliser leurs équipes de travail et d'éviter le recours aux activités de remplacement pour combler les absences, les directions ont été appelées à redéfinir leurs postes en collaboration avec les représentants syndicaux. Au mois de mars 2020, 1 602 postes d'infirmière et d'infirmière auxiliaire ont fait l'objet de cet exercice. Des travaux de titularisation de postes de l'ensemble des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux ont également été amorcés et seront finalisés au cours de la prochaine année.

##### La sécurité et la qualité de vie au travail

L'organisation a poursuivi l'intégration, dans ses priorités, de la santé, de la sécurité et de la qualité de vie au travail par la mise en place de plusieurs actions dont :

- Le déploiement d'équipes de soutien en prévention, en présence et en qualité de vie au travail ;
- L'implantation d'indicateurs de suivi en santé, en sécurité et en qualité de vie au travail accessibles à tous les gestionnaires ;
- Les suivis dans les salles de pilotage et les caucus d'amélioration continue ;
- La concrétisation du projet pilote de réadaptation intensive du personnel afin de faciliter un retour au travail durable.

##### La formation professionnelle

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale ainsi que les différents centres de formation professionnelle sur l'ensemble de son territoire ont démarré le programme de formation accrue en milieu de travail de 870 heures qui conduit les préposés aux bénéficiaires (PAB) et les auxiliaires aux services de santé et sociaux à un diplôme d'études professionnelles. En mars 2020, 205 personnes ont amorcé une formation rémunérée ou ont été inscrites pour l'an prochain. Dans le cadre de ce programme, environ 75 % de la formation a lieu en milieu de travail alors que la partie restante fait l'objet d'une alternance entre le milieu de travail et des cours théoriques au centre de formation sur tablette électronique. En milieu de travail, les élèves sont accompagnés par un PAB-superviseur du CIUSSS qui leur confie des tâches sous supervision, ce qui accroît la capacité de travail de l'équipe de soins.

##### La reconnaissance organisationnelle

La première soirée de reconnaissance du CIUSSS de la Capitale-Nationale a eu lieu le 9 mai 2019 au Palais

Montcalm. Près de 600 personnes sont venues encourager les 39 finalistes retenus parmi les 224 mises en candidature reçues pour les 12 catégories de prix. À l'issue de la soirée, 13 lauréats ont été honorés pour la qualité de leur travail ou leur engagement dans l'organisation. Les candidats non retenus ont eu droit à un certificat de reconnaissance qui leur a été remis dans les mois précédant l'événement en guise de félicitations pour leur mise en candidature.

Les résultats du sondage de satisfaction mené auprès des participants à la soirée permettent d'affirmer que celle-ci a été un grand succès (236 répondants ont témoigné de leur appréciation).

### Priorités

- Poursuivre les gestes de reconnaissance envers les personnes et les équipes afin de développer un sentiment d'appartenance, la confiance et l'engagement des employés ;
- Promouvoir les réussites et les pratiques novatrices par une approche de communication de proximité et faire rayonner l'expertise du personnel du CIUSSS ;
- Assurer l'implantation des pratiques exemplaires de leadership de proximité et soutenir les gestionnaires dans les défis de gestion ;
- Poursuivre la diffusion d'une culture de santé, de sécurité et de qualité de vie au travail par la mise en place d'équipes de soutien pour la prise en charge, par les équipes, des principaux risques pour le personnel ;
- Offrir des postes qui répondent aux besoins de service et aux intérêts des employés afin de stabiliser les équipes et d'implanter des pratiques de gestion des effectifs qui favorisent l'embauche et la rétention du personnel ;
- Assurer le bon déroulement de l'intégration professionnelle et sociale pour consolider le projet d'immigration de chaque candidat étranger et ainsi favoriser son maintien en emploi dans l'organisation.

### 3.3.17.1 DIRECTION ADJOINTE DES COMMUNICATIONS (DAC)

#### Enjeux

La Direction adjointe des communications a la responsabilité de déterminer et de mettre en place des stratégies adaptées de communication interne et externe tout en se dotant des moyens appropriés pour soutenir la mission du CIUSSS. Dans un souci d'harmonisation et de cohérence, la DAC coordonne

les actions de communication qui tiennent compte des besoins de la population, de ses partenaires et de ses 18 000 employés par l'actualisation d'un plan de communication organisationnel.

L'équipe de la DAC fournit aux gestionnaires des directions un soutien et un accompagnement continus dans l'application de multiples stratégies d'actions de communication.

Le plan de communication organisationnel vise principalement à :

- Faire connaître l'offre de service globale du CIUSSS ;
- Promouvoir la mission de santé et de mieux-être par des communications adaptées et accessibles ;
- Assurer une communication efficace ;
- Faire rayonner le leadership et l'expertise du CIUSSS.

#### Réalisations

- Entrevues et reportages médiatiques ;
- Gestion des communications en rapport avec la pandémie de COVID-19 :
  - Création d'outils d'information sur la COVID-19 (site Internet, bulletins, affiches) ;
  - Édition et diffusion des contenus sur les mesures de protection contre la COVID-19 (confinement, distanciation physique, usage du masque, lavage des mains, tests et cliniques de dépistage) ;
  - Recrutement de main-d'œuvre interne et externe en appui à des mesures de protection contre la COVID-19 ;
  - Entrevues médiatiques spécifiquement liées à la pandémie ;
  - Mise en place d'une plateforme de reconnaissance du personnel ayant pris des initiatives pour contrer les effets néfastes du confinement sur les usagers ;
- Autres campagnes externes et internes de promotion et de sensibilisation :
  - Vaccination contre la grippe saisonnière ;
  - Consolidation des Services intégrés en abus et maltraitance (SIAM) ;
  - Recrutement ;
  - Agrandissement de l'Hôpital de La Malbaie ;
  - Changement de vocation de l'immeuble de l'Hôtel-Dieu de Québec ;



- Autre campagne interne d'information :
  - Soirée de reconnaissance du personnel ayant 25 ans et plus de service et des nouveaux employés à la retraite;
- Consultations publiques sur des dossiers prioritaires de l'établissement;
- Consolidation des plateformes numériques : site Web (renouvellement), intranet;
- Évolution de l'infolettre;
- Animation des réseaux sociaux : Facebook, Twitter, LinkedIn;
- Mise à jour continue du Répertoire des ressources en santé et en services sociaux.

La DAC gère annuellement plusieurs centaines de demandes de service et demandes médias. Elle organise de nombreuses conférences de presse pour le CIUSSS et d'autres en rapport avec des annonces ministérielles.

La DAC participe à toutes les opérations relatives à la sécurité civile et aux mesures d'urgence.

### Priorités

- Gérer les communications liées à la pandémie de COVID-19;
- Promouvoir l'accès aux services de santé et sociaux;
- Promouvoir les réussites et les pratiques novatrices;
- Promouvoir les innovations issues de la recherche;
- Faire rayonner le leadership et l'expertise du CIUSSS;
- Faire rayonner l'expertise du personnel du CIUSSS.

À ces différents objectifs se greffe une approche de communication de proximité, ancrée dans le quotidien de ses publics cibles.

## 3.3.18 DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES (DRF)

L'année 2019-2020 s'est déroulée sous le signe de la collaboration et de l'entraide, ce qui a permis à la Direction des ressources financières de réaliser des projets en dépit de la pénurie de main-d'œuvre. La direction a été en mesure de soutenir tant les directions du CIUSSS que les partenaires externes.

### Enjeux

Afin d'être en mesure de faire face à l'important mouvement de main-d'œuvre, la direction a dû :

- Faire preuve d'agilité par :
  - L'augmentation du nombre de stages;
  - La mobilité des employés entre les différents secteurs de la DRF;
  - L'actualisation de processus et de procédures afin d'optimiser l'organisation du travail;
  - La gestion de proximité par l'atteinte des cibles de réalisation d'appréciation de la contribution;
  - L'augmentation de la présence des gestionnaires dans nos deux pôles DRF.
- Améliorer la qualité de la donnée et assurer son suivi afin de fournir une information de plus en plus fiable;
- Tenir compte des enjeux de l'équilibre budgétaire dans un contexte de besoins grandissants et de ressources limitées.

### Réalisations

- Déploiement de l'applicatif CDD WEB afin de permettre le traitement en ligne des réclamations de frais de déplacement et de séjour des salariés, de simplifier et d'améliorer les processus de remboursement;
- Réalisation d'un plan d'action et sa mise à jour, en suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec (à la suite de l'audit des états financiers 2018-2019);
- Exécution du budget par plan d'effectifs pour optimiser le travail des équipes;
- Formation sur le suivi financier offerte à l'ensemble des gestionnaires du CIUSSS;
- Révision de l'ensemble du budget des autres charges pour une meilleure représentativité des besoins réels de l'organisation;
- Révision des soldes aux livres des actifs immobilisés grâce à de nouvelles méthodes afin d'effectuer un suivi plus rigoureux et de régulariser la situation pour le futur;
- Analyse détaillée de la composition du solde de fonds des immobilisations;
- Mise à jour de l'état d'avancement de tous les projets d'immobilisations et de la fermeture de ceux-ci dans l'applicatif du MSSS « Actif+ réseau »;
- Élaboration des processus pour les travaux en cours, les revenus reportés, les radiations, les cessions et les moins-values des immobilisations;
- Optimisation des processus de suivi budgétaire du solde de fonds SISAT et des projets d'intérêts communs;

- Kaizen pour la mise en place d'un processus de suivi des arrérages des employés;
- Consultation auprès d'un groupe de gestionnaires pour connaître les irritants rencontrés lors de l'approbation des feuilles de présence;
- Mise en place d'un processus de suivi des bourses aux préposés aux bénéficiaires et de la récupération des sommes dues lors d'un désistement;
- Informatisation du processus de gestion des avoirs des usagers en résidence à assistance continue, sous curatelle publique. Leurs avoirs sont versés dans un compte en fiducie centralisé CIUSSS pour un meilleur contrôle interne et pour optimiser le processus.
- Expansion de l'usage du télétravail et révision des façons de faire;
- Élaboration d'un plan de relève dans un contexte de pandémie;
- Reddition de comptes et mise en place des mesures liées à la COVID-19 de façon périodique;
- Poursuite des travaux d'amélioration de la qualité de la donnée;
- Poursuite des travaux de la gestion de la performance financière et mise en œuvre du plan d'action et de la politique à cet égard;
- Réalisation du projet de coût par parcours de soins et de services;
- Sondage sur la satisfaction des clients tant à l'interne qu'à l'externe pour l'ensemble des services offerts par la DRF.

### **Priorités**

- Implantation d'un mécanisme de communication interne périodique au sein de la DRF afin de valoriser la culture de communication de la direction;
- Mise en place d'un processus de gestion des cartes de crédit du CIUSSS, afin d'en permettre l'utilisation sécuritaire et de respecter les règles de contrôle interne;
- Diminution de l'utilisation de l'argent comptant par la révision des options de paiement offertes afin d'augmenter l'efficacité du processus, de clarifier les responsabilités en matière de traitement de l'argent comptant et de réduire le risque de fraude;

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

## 4.1 LES ATTENTES SPÉCIFIQUES (CHAPITRE III)

Résultats 2019-2020 des attentes spécifiques (livrables) de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI)

### 4.1.1 SANTÉ PUBLIQUE

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
<b>Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec (1,1)</b>	Les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) pourront participer à une rencontre d'information avec l'équipe du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin de bien comprendre le cadre de référence pour implanter le programme. Les établissements devront ensuite faire parvenir un plan de déploiement au MSSS. Le personnel de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires) ainsi que les professionnels embauchés (hygiénistes, dentistes et denturologistes) devront suivre une formation en ligne. Selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure. Une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées à la formation de l'équipe de soins, aux salaires des hygiénistes et à leurs déplacements, à l'achat d'équipement portatif, à l'achat de matériel de soins d'hygiène et aux honoraires des dentistes et des denturologistes. D'autres indicateurs en rapport avec les activités réalisées par les professionnels dentaires sont en développement et pourront être demandés.	83 % (5/6)	Liste réalisée 2 redditions réalisées 3 remboursements réalisés 1 remboursement reporté (courriel du MSSS, le 23 mars 2020)
<b>Assurer la participation des directions de santé publique aux travaux des conférences administratives régionales (CAR) pour appuyer la concertation d'acteurs régionaux de divers secteurs d'activités autour de priorités et d'actions favorables à la santé (1,2)</b>	Les présidents-directeurs généraux (PDG) doivent s'assurer que les directions de santé publique (DSPu) ou des membres de leur équipe participent activement aux travaux des CAR, notamment comme membres des comités qui s'occupent des enjeux de développement social, ou même à titre de membres de la CAR s'ils en conviennent ainsi. Cette participation vise à ce que les DSPu mettent à profit leur expertise, qu'ils participent à la concertation intersectorielle et qu'ils veillent à la mobilisation des partenaires autour de priorités et d'actions en faveur de la santé de la population et de la qualité de vie. Les PDG s'assurent également que les DSPu effectuent les suivis nécessaires au sein du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) au regard de ces travaux et que d'autres directions y contribuent selon les besoins.  Cette attente fait écho à l'action 1 du Plan d'action 2018-2020 du MSSS pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires. Celle-ci prévoit aussi que 100 % des DSPu et d'autres instances pertinentes participent aux travaux des CAR. Il s'agit aussi d'une condition facilitante pour la mise en œuvre du Programme national de santé publique (PNSP) et de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS).	0 %	Reporté Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
<b>Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme (1,3)</b>	Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type d'activités, description des activités, objectifs visés, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte d'une des cibles du plan stratégique du ministère, soit la réduction de la proportion de fumeurs chez les 12 ans et plus. Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que des retombées observées.	0 %	Reporté Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)

## 4.1.2 PROGRAMMES DESTINÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
<b>Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en niveau de soins alternatif (NSA) (2,1)</b>	Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des niveaux de soins alternatifs. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatif.	S. O.	Annulé Bulletin EGI Vol. 15, no 11 Vol. 15, no 26 (MSSS)
<b>Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) (2,2)</b>	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 ainsi que sur les résultats du second soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.	50 % (1/2)	1 <sup>re</sup> partie terminée  2 <sup>e</sup> partie reportée  Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)
<b>Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (2,3)</b>	L'établissement doit remplir et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation.	0 %	Reporté Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)
<b>Plan d'action du trouble du spectre de l'autisme (TSA) (2017-2022) (2,4)</b>	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	66 % (2/3)	2 outils de suivi terminés  1 outil de suivi reporté  Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)
<b>Déploiement de la phase 1 du projet Agir tôt (2,5)</b>	Un rapport de mise en œuvre est demandé pour le 15 janvier 2020 aux 11 établissements visés.	0 %	Reporté Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
<b>Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) (2,6)</b>	Transmission par les établissements des données sur les listes d'attente et les types de milieux de résidence où vivent leur clientèle, notamment les usagers qui ont une déficience physique, une déficience intellectuelle et un trouble du spectre de l'autisme.	100 %	Terminé
<b>Suivi de l'ajout d'effectifs en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) (2,7)</b>	Via un formulaire électronique du système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED), les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.	0 %	Reporté Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)

### 4.1.3 AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
<b>Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches (4,1)</b>	Un état de situation sur les réalisations dans chacun des CISSS et CIUSSS devra être fait au 31 mars 2020. Le gabarit fourni par le MSSS ayant servi aux redditions de compte des années précédentes devra être utilisé à cette fin.	0 %	Reporté Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)
<b>État d'avancement du plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (4,2)</b>	Autoévaluation sur la poursuite du plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'état d'avancement des travaux au 31 mars 2020, ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action de l'établissement doivent être évalués.	0 %	Reporté Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)
<b>Contribuer au déploiement provincial de la télésanté (4,3)</b>	Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour. Pour ce faire, un gabarit à remplir pour chacune des trois actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour un retour en période 6 et 13.	0 %	Période 6 annulée Bulletin EGI Vol. 15, no 4 (MSSS)  Période 13 reportée Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)
<b>État d'avancement du plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017-2018 – Continuum de services, phase hyper aiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) (4,4)</b>	Autoévaluation au 31 mars 2020 du plan d'action déposé le 22 juin 2017, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national. L'avancement des travaux et les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être évalués.	0 %	Reporté Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)



## 4.1.4 INFRASTRUCTURES, LOGISTIQUE, ÉQUIPEMENTS ET APPROVISIONNEMENT

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
<b>Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (7,1)</b>	<p>Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi (SE), soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2015 (lot 1) ou en 2016 (lot 2) et au 31 mars 2022 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2017 (lot 3). Si la cible de RDM d'un bâtiment inspecté en 2015 est de 80 % et que le différentiel entre l'IVP et le SE est de 3 %, l'IVP de ce bâtiment doit, au 31 mars 2020, minimalement diminuer de 2,4 % (80 % de 3 %), c'est à dire être minimalement ramené à 15,6 %.</p> <p>Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien, ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. À cette fin, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement en deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.</p>	0 %	Reporté Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)

## 4.1.5 COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
<b>Sécurité civile (8,1)</b>	<p>Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission santé du Plan national de sécurité civile (PNSC). À cet effet, l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources ;</li> <li>▪ S'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base recommandée par le MSSS ;</li> <li>▪ Établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile.</li> </ul>	0 %	Reporté Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)
<b>Gestion des risques en sécurité civile – santé et services sociaux (8,2)</b>	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque défini comme prioritaire.	0 %	Reporté Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
<b>Plan de continuité des activités – santé et services sociaux (8,3)</b>	<p>Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités (PCA) pour l'ensemble de l'établissement. Pour ce faire, la haute direction de l'établissement doit approuver une charte de projet présentant, entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La durée estimée du projet ;</li> <li>▪ Le calendrier de réalisation des étapes prévues au <i>Guide pratique pour l'élaboration d'un plan de continuité des activités en établissement</i> ;</li> <li>▪ La structure de gouvernance. Cette dernière doit notamment identifier le porteur de dossier et le comité tactique qui collaborera à l'élaboration du PCA.</li> </ul>	50 % (1/2)	<p>1<sup>re</sup> partie réalisée</p> <p>2<sup>e</sup> partie reportée</p> <p>Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)</p>
<b>Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (8,4)</b>	<p>Les établissements ont reçu au printemps 2018 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, et ensuite transmis par courriel à l'adresse des ententes de gestion du MSSS ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise.</p>	100 %	Terminé
<b>Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise (8,5)</b>	<p>L'établissement doit mettre sur pied un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise. Sa composition sera entérinée par le conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale. La résolution confirmant la création du comité régional doit être transmise par courriel à l'adresse des ententes de gestion du MSSS ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise.</p>	100 %	Terminé

## 4.1.6 TECHNOLOGIES ET INFORMATION

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
<b>Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits (9,1)</b>	<p>Comme stipulé au cadre normatif à la section 1.3, <i>Encadrement législatif et administration</i>, l'établissement doit s'assurer que «la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus». La méthode de calcul définie est le nombre de ressources mises à jour à la fin de la période selon le calendrier établi au cadre normatif sur le nombre de ressources totales à la fin de la période. Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il doit s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche.</p> <p>Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixes.</p>	92 % (12/13)	<p>12 rapports terminés</p> <p>1 rapport reporté</p> <p>Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)</p>

Attente spécifique	Description	État	Commentaire
<b>Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité (9,2)</b>	<p>L'établissement doit se conformer aux dispositions de la directive sur la cybersécurité. Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil de reddition de comptes en sécurité de l'information, comme il est demandé chaque année. Au cours de l'année 2019-2020, les dates de transmission du bilan sont : au plus tard le 31 mai 2019 pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019, et le 31 mai 2020 pour l'année financière 2019-2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels ;</li> <li>▪ Procéder à des tests de vulnérabilité ;</li> <li>▪ Gérer efficacement les menaces ;</li> <li>▪ Mener une analyse des risques de sécurité de l'information ;</li> <li>▪ Gérer sainement la sauvegarde et la restauration des données.</li> </ul>	50 % (1/2)	<p>1<sup>er</sup> bilan terminé</p> <p>2<sup>e</sup> bilan reporté</p> <p>Bulletin EGI Vol. 16, no 26 (MSSS)</p>

## 4.2 LES INDICATEURS DE L'ENTENTE DE GESTION 2

### 4.2.1 SANTÉ PUBLIQUE

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020	
<b>1.01.13.01-EG2</b> Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	32,6	55	60,3	✓
<b>1.01.27-EG2</b> Proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin contre les DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	88,1	91	91,5	✓
<b>1.01.28-EG2</b> Proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	74,5	85	74,6	✗
<b>(Plan stratégique 2015-2020) 1.01.29-PS</b> Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	3 415	3 538	3 268	●
<b>1.01.30-EG2</b> Proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	68,3	80	70,6	✗
<b>1.01.32-EG2</b> Proportion des élèves de 4 <sup>e</sup> année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du Protocole d'immunisation du Québec	87,7	90	20,5	✗

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✗) inférieur à 90 %

#### 1.01.13.01

Avec un pourcentage de 60,3, le CIUSSS de la Capitale-Nationale atteint l'engagement. De plus, sa performance a considérablement augmenté par rapport à l'année précédente (32,6 %).

#### 1.01.27

Avec un résultat de 91,5 %, l'indicateur pour la proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin contre les DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais atteint l'engagement (91 %). De plus, ce résultat est légèrement supérieur à celui de l'année dernière (88,1 %).

#### 1.01.28

Avec un résultat de 74,6 % des enfants recevant leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais, l'indicateur n'atteint pas l'engagement, mais le résultat est comparable à celui de l'année précédente (74,5 %).

Malgré la non-atteinte de la cible, la proportion des enfants vaccinés dans les délais s'est améliorée dans deux des quatre réseaux locaux de services (RLS) (Portneuf et Vieille-Capitale) par rapport à l'année précédente. La performance du RLS de Charlevoix demeure stable, mais celle du RLS de Québec-Nord s'est détériorée.

L'engagement de 91 % est très élevé compte tenu des nombreux enjeux liés à la vaccination prévue à un an qui ne relèvent pas toujours de l'établissement (délai de six mois depuis le dernier vaccin, retour au travail des mères, début de la garderie, etc.). Particulièrement à l'âge de 12 et 18 mois, il reste une portion plus grande de retards vaccinaux expliqués par les parents. La cible pour la vaccination à l'âge d'un an n'a jamais été atteinte dans la région comme c'est le cas pour plusieurs régions. Une cible trop élevée peut entraîner la démotivation du personnel.

Afin d'améliorer l'organisation de la vaccination des enfants de 0 à 2 ans dans la région, un projet conjoint entre la Direction de santé publique et la Direction du programme Jeunesse a débuté en 2017 et s'est poursuivi cette année. Il comporte les actions suivantes :

- Terminer le portrait de l'organisation des services de vaccination 0-2 ans dans le CIUSSS;
- Avoir un portrait clair de l'organisation des services, ce qui aidera à définir les améliorations possibles à apporter. Les actions importantes à poser si elles ne sont pas implantées consistent à utiliser des « rappels », à confirmer les rendez-vous, à relancer les parents en cas de rendez-vous manqué et à informer les décideurs et les vaccinateurs des résultats obtenus (couvertures vaccinales et indicateurs de gestion);

- Revoir le système des rappels et des relances pour le RLS de Québec-Nord;
- Former un comité pour l'amélioration du processus de saisie de la vaccination des jeunes, spécifiquement pour le RLS de Québec-Nord.

### 1.01.29

Le nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes, avec un résultat de 3 268, n'atteint pas l'engagement. La performance a baissé par rapport à l'année dernière (3 415).

Les usagers sont rencontrés par les infirmières des cliniques jeunesse des centres locaux de services communautaires (CLSC), les infirmières en milieu scolaire et, dans une plus faible proportion, par l'entremise des services de santé courants des CLSC. Les jeunes qui fréquentent les cliniques médicales privées ne font l'objet d'aucune saisie de données.

Des efforts particuliers doivent être consacrés à l'atteinte de notre engagement :

- Promouvoir davantage la ligne téléphonique ITSS donnant accès à des rendez-vous de dépistage ;
- Mettre en place de nouveaux contenus d'éducation sexuelle en secondaire 3 (comprendre le fonctionnement des moyens de contraception) et en secondaire 4 (connaître les démarches à entreprendre après une relation non ou mal protégée), et y promouvoir l'importance du dépistage tout en présentant ses modalités ;
- Poursuivre l'instauration d'une saisie statistique juste.

### 1.01.30

La proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin combiné RROvar n'atteint pas l'engagement. Par contre, son résultat de 70,6 % est meilleur que celui de l'année précédente (68,3 %).

Particulièrement à l'âge de 12 et 18 mois, il reste une portion plus grande de retards vaccinaux expliqués par les parents et qui ne sont pas sous le contrôle de l'organisation. Malgré la non-atteinte de l'engagement, la performance des quatre réseaux locaux de service s'est améliorée en comparaison avec celle de l'année dernière.

Les actions précisées à l'indicateur 1.01.28 s'appliquent également à cet indicateur.

### 1.01.32

Avec une proportion de 20,5 % des élèves de 4<sup>e</sup> année du primaire qui sont adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec, le CIUSSS n'atteint pas l'engagement de 90 %. La diminution considérable par rapport à l'année dernière (87,7 %) est une conséquence de la pandémie de COVID-19. En effet, la deuxième dose de vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire n'a pu être donnée en mars dernier en raison de la fermeture des milieux scolaires et des consignes ministérielles de cesser la vaccination non urgente en temps de confinement.

Pour la première dose donnée contre l'hépatite B, la couverture était excellente avec la vaccination de plus de 90 % des enfants de la région.

## 4.2.2 SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
(Plan stratégique 2015-2020) 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100 ✓
(Plan stratégique 2015-2020) 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 CHSGS)	100	100	100 ✓
(Plan stratégique 2015-2020) 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	33,6	70	43,9 ✗

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✗) inférieur à 90 %



#### 1.01.19.01

Avec un résultat de 100 %, le pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au *Clostridium difficile* est atteint.

#### 1.01.19.02

Avec un résultat de 100 %, le 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 est atteint.

#### 1.01.26

Le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains (HDM) est de 43,9 %. Il n'atteint donc pas l'engagement. Toutefois, il s'est amélioré par rapport à l'année dernière (33,6 %).

La non-conformité à l'HDM augmente le risque d'infections nosocomiales pour les usagers et de contamination du personnel. Lors d'éclotions majeures, la contamination du personnel peut entraîner une augmentation de l'absentéisme. Le manque de personnel, notamment en hébergement, explique en bonne partie la surcharge de travail et, conséquemment, la non-conformité à la pratique de l'HDM.

Plusieurs mesures ont été mises en place dans le cadre de cette pratique, dont le déploiement de la Politique relative à l'hygiène des mains, des audits en continu et l'affichage des résultats de ces derniers. Les taux d'HDM sont suivis chaque trimestre à la salle de pilotage stratégique et dans les salles tactiques des directions concernées par cet indicateur. Aussi, le suivi des taux d'HDM a été introduit dans les activités des caucuses d'amélioration continue du personnel.

### 4.2.3 SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	S. O.	S. O. Retiré par le MSSS	S. O.
1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans un délai de 30 jours	20,8	65	28,4 ✘

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✘) inférieur à 90 %

#### 1.02.07

Avec un résultat de 28,4 %, le pourcentage de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans un délai de 30 jours n'atteint pas l'engagement. Toutefois, sa performance s'est améliorée par rapport à l'année dernière (20,8 %).

Les nombreux défis auxquels la Clinique santé des réfugiés a fait face aux cours des dernières années (arrivées importantes de familles réfugiées, pandémie de COVID-19 en 2019-2020) ont rendu difficile une organisation de services stable et efficace. Plusieurs mesures ont été mises en place pour améliorer le service. Un plan de

réorganisation visant l'atteinte de la cible ministérielle concernant les services offerts aux réfugiés a été élaboré et convenu au sein de l'équipe interprofessionnelle de la clinique. Il a été approuvé par la Direction des services multidisciplinaires (DSM), laquelle est responsable des services aux nouveaux arrivants réfugiés depuis mai 2019. De même, une organisation interprofessionnelle du travail assurant le respect des délais d'analyse et d'évaluation de la santé et du bien-être des personnes réfugiées a été mise en place. Enfin, des outils de monitoring de l'indicateur ministériel sont aujourd'hui disponibles.

## 4.2.4 SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020	
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	1 741 727	1 831 527	1 928 937	✓
(Plan stratégique 2015-2020) 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des directions de programmes SAPA et DITSADP)	11 353	11 186	12 346	✓
(Plan stratégique 2015-2020) 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des directions de programmes SAPA et DITSADP)	71,5	80	76,8	●

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✗) inférieur à 90 %

### 1.03.05.01

Le nombre total d'heures de service de soutien à domicile atteint et dépasse l'engagement avec 1 928 937 heures, soit 97 410 heures de plus que l'engagement. Ce résultat est plus favorable que celui de l'année dernière (1 741 727 heures de service).

### 1.03.11

Avec 12 346 personnes ayant reçu les services de soutien à domicile, l'indicateur atteint et dépasse l'engagement. De même, son résultat est plus élevé que celui de l'année dernière (11 353).

### 1.03.12

L'engagement touchant le pourcentage de personnes qui reçoivent des services de soutien à domicile et qui ont une évaluation à jour et un plan d'intervention n'est pas atteint. Toutefois, avec un résultat de 76,8 %, il est supérieur à la valeur observée l'année précédente (71,5 %).

Plusieurs enjeux sont apparus en cours d'année et ont pu nuire à l'atteinte de l'engagement. En ce qui concerne la clientèle du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), nous notons la pénurie de main-d'œuvre et la dotation infructueuse en vue de pourvoir des postes, le roulement de personnel qui est un facteur de ralentissement dû au temps de formation et d'appropriation, le taux d'assurance salaire élevé et la difficulté de remplacement. Les employés plus expérimentés se retrouvent souvent surchargés pour soutenir les nouvelles ressources. Pour la clientèle des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique (DITSADP), nous observons une réorganisation importante dans les équipes de travail des services de proximité. Aussi, dans un souci de sécurité de la clientèle en DI et en TSA, d'importants efforts ont été consentis dans l'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé sur l'ensemble des territoires. Cela a limité la finalisation

des outils de cheminement clinique informatisés (OCCI) en raison d'un manque de ressources humaines.

La Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées a réalisé plusieurs améliorations :

- L'affichage de nouveaux postes en rapport avec le budget de développement, dont trois personnes en coaching de soutien clinique OCCI, 46 postes d'infirmières et 22 de travailleurs sociaux ;
- Un suivi en continu des résultats, notamment par la fréquence régulière et la standardisation des rencontres d'accompagnement impliquant le gestionnaire, le coordonnateur et l'intervenant, le suivi des résultats des indicateurs (caucus et salles de pilotage) ;
- La mise en place d'activités de reconnaissance des employés.

En ce qui concerne la Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique :

- Une professionnelle a été libérée à temps complet pour assurer la formation OCCI, le coaching et le suivi aux intervenants ;
- Cinq autres interventions de superformateurs ont eu lieu ; ils seront des personnes ressources dans les équipes ;
- Les gestionnaires ont commencé une intensification des suivis statutaires quant aux charges de cas des intervenants et la mise à jour des OCCI, des surcroûts d'infirmières, pour accentuer l'implantation de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé et la finalisation des OCCI ;
- Des plans de services individualisés et d'allocation de services (PSIAS) pour les usagers en DI et en TSA ont été effectués.

## 4.2.5 SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
(Plan stratégique 2015-2020) 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	86	100	Reddition annulée
(Plan stratégique 2015-2020) 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	75	100	Reddition annulée
(Plan stratégique 2015-2020) 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	Reddition annulée
(Plan stratégique 2015-2020) 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	0	100	Reddition annulée
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	75,3	80	73,7 ●
1.03.16-EG2 Pourcentage de personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	88,5	80	79,7 ●

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✘) inférieur à 90 %

### 1.03.13

Le pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 est de 73,7 % et il n'atteint pas l'engagement. En outre, la performance de l'indicateur est légèrement moins bonne que celle de l'année dernière (75,3 %).

Différents facteurs influencent le résultat obtenu : le nombre insuffisant de places en ressources intermédiaires pour accueillir des clientèles avec un ISO-SMAF de moins de 10, une clientèle avec des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ou une clientèle ayant des ISO-SMAF sous 10, mais présentant des besoins élevés de mobilisation et de transfert (nécessitant deux intervenants). Aussi, la fermeture d'une ressource intermédiaire (RI) au cours de l'été 2019, en raison de manquements observés dans l'assurance de la sécurité et de la qualité, a obligé le relogement d'environ 40 personnes dans différentes ressources dont les CHSLD.

Plusieurs actions ont été réalisées en vue d'atteindre l'engagement, notamment l'augmentation du nombre de places disponibles dans les ressources. D'abord, un premier appel d'offres a été lancé pour l'achat de 40 places dans des ressources intermédiaires (RI) de la région Québec en novembre 2019. En raison de l'urgence de reloger des résidents, un gré à gré a été signé en

décembre 2019 avec les Résidences Azalée. La DSAPA finalise actuellement la signature du contrat. Un second processus a été lancé en janvier dernier pour l'achat de 80 places pour la région de Québec. L'ouverture des soumissions s'est tenue en mai 2020. Toutefois, en raison de la pandémie de COVID-19, les délais ont été prolongés. Un troisième appel d'offres, lancé en janvier 2020 pour la région de Charlevoix—Côte-de-Beaupré, a abouti à la signature d'un contrat d'achat de 10 places (dont 2 supplémentaires au besoin) avec les Résidences de l'Estuaire le 31 mars dernier. Finalement, un contrat d'achat de 29 places avec Humanitæ a été signé le 7 avril 2020. Cette résidence accueille majoritairement des usagers qui ont des profils ISO-SMAF inférieurs à 10.

Les actions réalisées pendant l'année financière 2019-2020 et celles se prolongeant dans l'année 2020-2021 permettront un gain au regard du prochain engagement.

### 1.03.16

Le pourcentage de personnes hébergées en CHSLD public qui ont une évaluation à jour et un plan d'intervention est de 79,7 %, un résultat légèrement en bas de l'engagement (80 %). La performance de l'indicateur est moins bonne que celle de l'année dernière (88,5 %).

## 4.2.6 DÉFICIENCES

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020	
<b>(Plan stratégique 2015-2020) 1.05.15-PS</b> Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	54,9	83	77,15	✓
<b>1.45.04.01-EG2</b> 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	89,5	90	90,6	✓
<b>1.45.04.05-EG2</b> Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	91,1	90	93,1	✓
<b>1.45.05.01-EG2</b> 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	81	90	79,9	✗
<b>1.45.05.05-EG2</b> 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	47	75	51,7	✗
<b>(Plan stratégique 2019-2023) 1.45.45.05</b> Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	N/D	90	83,2	●
<b>(Plan stratégique 2015-2020) 1.46-PS</b> 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	56	75	100 (Résultat période 6)	✓
<b>(Plan stratégique 2019-2023) 1.47</b> Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	N/D	1954	2 136	✓

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✗) inférieur à 90 %

### 1.05.15

Avec 77,15 jours d'attente en moyenne, le délai d'accès à un service spécialisé pour les enfants de moins de 5 ans qui présentent un trouble du spectre de l'autisme respecte l'engagement. Toutefois, la performance s'est détériorée comparativement à celle de l'année dernière (54,9 jours).

### 1.45.04.01

Avec un résultat de 90,6 %, le taux des demandes de services traitées en CLSC dans les délais pour les personnes ayant une déficience physique est atteint. Par ailleurs, ce résultat est légèrement plus favorable que celui de l'année dernière (89,5 %).

### 1.45.04.05

Les demandes de services traitées en centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) dans les délais représentent 93,1 % de toutes les demandes.

L'engagement est atteint et la performance de l'indicateur s'est améliorée par rapport à celle de l'année dernière (91,1 %).

### 1.45.05.01

Les demandes de services traitées en CLSC dans les délais pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme représentent 79,9 % de toutes les demandes. Le résultat s'est légèrement détérioré par rapport à celui de l'année passée (81 %).

Deux causes principales de la non-atteinte de l'engagement ont été déterminées. D'une part, nous observons une recrudescence des cas de trouble du spectre de l'autisme dans la population due à un dépistage plus efficace, ce qui se traduit par une augmentation des clients dans nos services et, d'autre part, nous éprouvons des difficultés de recrutement pour remplacer le personnel absent.

Les mesures appliquées ont visé :

- La transformation de postes de travailleurs sociaux en techniciens en travail social ;
- L'ajout de postes avec le budget du soutien à domicile (SAD) ;
- Le transfert des clientèles et des services dans les bons systèmes d'information pour refléter le nombre réel de services donnés dans les délais prescrits.

#### 1.45.05.05

Le taux des demandes de services traitées en centre de réadaptation en déficience physique dans les délais est de 51,7 %, un résultat inférieur à l'engagement, mais qui démontre une légère amélioration par rapport à celui de l'an dernier (47 %).

Une augmentation des cas de trouble du spectre de l'autisme dans la population a été constatée. Aussi, les résultats ne reflètent pas le taux d'accès réel de la clientèle puisqu'une partie des usagers en attente dans le système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) sont suivis par des intervenants en CLSC.

Les mesures appliquées sont :

- La révision des pratiques par l'implantation d'interventions de groupe ;
- L'actualisation du travail par épisode de service et un investissement financier dans le soutien à domicile ;
- Le transfert des clientèles et des services dans les bons systèmes d'information pour s'assurer que le nombre de services et les délais soient compilés adéquatement.

#### 1.45.45.05

La proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement qui a reçu des services des programmes en déficience physique, en trouble du spectre de l'autisme et en déficience intellectuelle dans les délais est de 83,2 %, un résultat inférieur à l'engagement de 90 %.

Trois causes principales de la non-atteinte de l'engagement ont été déterminées. D'abord, il y a eu un accroissement de la proportion des enfants ayant un retard significatif de développement dans la population dû à un dépistage plus efficace, ce qui se traduit par une augmentation des clients dans nos services. Ensuite, le recrutement du personnel, en vue d'actualiser la nouvelle offre de service du programme *Agir tôt*, constitue un enjeu important. Finalement, il n'existe aucun mécanisme de suivi de l'indicateur dans les salles de pilotage puisque ce dernier a été récemment intégré dans l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI).

Au cours de l'année 2019-2020, les équipes cliniques qui effectuent le dépistage et l'intervention auprès des jeunes enfants qui présentent un retard significatif de développement ont été bonifiées. Plus de 23 équivalents temps complet (ETC) ont été dotés grâce au financement ministériel pour la mise en œuvre du programme *Agir tôt*, ce qui laisse entrevoir, pour 2020-2021, une amélioration dans la prise en charge des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement. Enfin, cet indicateur sera intégré dans les salles de pilotage pour un suivi rigoureux.

#### 1,46

Le pourcentage de jeunes de 21 ans et plus qui présentent une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme et qui ont accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail est de 100 % ; il atteint donc l'engagement. Une importante amélioration est observée par rapport au résultat de l'année précédente (56 %).

#### 1,47

Le nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme est de 2 136 ; il dépasse l'engagement (1 954).



## 4.2.7 JEUNES EN DIFFICULTÉ

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
<b>(Plan stratégique 2015-2020) 1.06.17-PS</b> Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	10,82	9,66	10,84 ✘

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✘) inférieur à 90 %

### 1.06.17

Le taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des motifs de négligence est de 10,84 pour 1 000 jeunes, un résultat qui n'atteint pas l'engagement. Sa performance est cependant comparable à celle de l'année dernière (10,82).

Suivant la tendance provinciale, l'établissement fait face, depuis déjà plusieurs années, à une hausse continue du nombre de signalements. Le contexte hautement médiatisé de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), particulièrement dans la dernière année, amène une hausse du nombre de signalements retenus et par conséquent une augmentation du nombre d'enfants suivis pour cause de négligence. Puisque les cas de négligence exigent davantage de temps de la part des intervenants, la capacité de prendre de nouveaux dossiers s'en trouve affectée sur une période moyenne de 32 mois à l'application des mesures. Aussi, l'augmentation du taux de prise en charge, sans égard à l'alinéa de la loi, crée une pression sur les services et les employés.

La Direction de la protection de la jeunesse a complété l'implantation du programme d'intervention Triple P par l'ajout de partenaires provenant de l'ensemble des secteurs de la région. Une nouvelle équipe (le service Jonction Jeunesse), intégrant des intervenants de proximité et de la protection de la jeunesse, a été mise en place afin de favoriser une prise en charge par les services de proximité plutôt qu'en protection de la jeunesse. Plusieurs bonifications de services ont été réalisées :

- Ajout de 16 postes de techniciens en éducation spécialisée (TES) assignés aux services aux jeunes en difficulté de proximité ;
- Ajout de 4 postes de TES dans le cadre du projet d'optimisation du suivi de la clientèle du programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (programme SIPPE) ;
- Implantation, dans le secteur Basse-Ville, du tandem infirmière et éducateur et de l'intervention relationnelle.

## 4.2.8 DÉPENDANCES

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
<b>1.07.04-EG2</b> 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	85	88,6	83 ●
<b>(Plan stratégique 2015-2020) 1.07.06-PS</b> Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	100	100	100 ✓
<b>(Plan stratégique 2019-2023) 1.07.07</b> Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	6 379	6 893	6 970 ✓

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✘) inférieur à 90 %

### 1.07.04

Avec un résultat de 83 %, le pourcentage de personnes évaluées en dépendances dans un délai de 15 jours n'atteint pas l'engagement. Sa performance est d'ailleurs moins favorable par rapport à celle de l'année dernière (85 %).

Le pourcentage d'évaluations réalisées dans les 15 jours se situe sous la cible de 85 % à partir de janvier 2020, ce qui correspond à une période d'instabilité dans la gestion de l'équipe de dépendances. Aussi, l'écart s'est accentué au 31 mars 2020, ce qui peut s'expliquer par le ralentissement important des activités cliniques en rapport avec l'état d'urgence lié à la pandémie de COVID-19.

De plus, la direction s'est retrouvée avec un manque de personnel qui équivaut à 6 000 heures de travail dans les services de réadaptation en dépendances en raison de difficultés de recrutement importantes, et ce, en dépit d'une augmentation du nombre d'usagers suivis. Cette pénurie de main-d'œuvre, combinée à une augmentation du nombre de suivis, diminue la capacité des services à absorber la croissance du nombre de références pour les services d'évaluation. Toutefois, grâce à la formation des intervenants associés aux accès intégrés et aux liens avec le secteur de la santé mentale de la direction, davantage de références ont été faites pour les services d'évaluation en dépendances.

Les mesures pour améliorer les délais d'évaluation passent principalement par la formation, les stages, la mobilisation du centre de recherche en dépendances

et des professionnels pour former la relève, ainsi que l'ouverture à d'autres titres d'emploi moins affectés par la pénurie de main-d'œuvre.

#### 1.07.06

Le taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendances est de 100 %. Il atteint donc l'engagement et maintient sa performance par rapport à celle de l'année dernière (100 %).

#### 1.07.07

Cette année, 6 970 personnes ont reçu des services en dépendances. Cet indicateur atteint donc l'engagement fixé à 6 893 personnes et s'est amélioré par rapport au résultat de l'année dernière (6 379).

## 4.2.9 SANTÉ MENTALE

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
(Plan stratégique 2015-2020) 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le MSSS	1 796	1 779	1 819 ✓
(Plan stratégique 2015-2020) 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le MSSS	540	539	540 ✓

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✗) inférieur à 90 %

#### 1.08.13

Les 1 819 places observées en soutien d'intensité variable (SIV), incluant les places offertes par entente de service par les organismes communautaires, atteignent et dépassent même l'engagement. Vingt-trois places supplémentaires ont été ajoutées (1 796 l'an dernier).

#### 1.08.14

Le nombre de places de suivi intensif dans le milieu est de 540, un résultat qui atteint l'engagement et qui est égal au résultat de l'année passée (540).

## 4.2.10 URGENCE

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
(Plan stratégique 2019-2023) 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	7,26	8,3	7,44 ✓
(Plan stratégique 2019-2023) 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	122	145	121 ✓
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	64,4	73,1	64,4 ✗
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	76,1	80,8	75,7 ●

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✗) inférieur à 90 %

### 1.09.01

La durée moyenne de séjour de la clientèle sur civière à l'urgence est de 7,44 heures. L'engagement de ne pas dépasser 8,3 heures est donc atteint. Par contre, la durée moyenne de séjour observée est de 2,48 % plus longue que celle de l'année dernière (7,26).

### 1.09.16

Le délai moyen de prise en charge médicale de la clientèle ambulatoire à l'urgence est de 121 minutes, un résultat comparable à celui de l'année dernière (122 minutes). L'engagement de ne pas dépasser 145 minutes est donc atteint.

### 1.09.43

Le résultat observé n'a pas atteint l'engagement puisque seulement 64,4 % de la clientèle a bénéficié d'une prise en charge médicale à l'urgence en moins de 2 heures. Ce résultat se maintient comparativement à celui de l'année dernière (64,4 %).

Plusieurs facteurs expliquent ce résultat. D'abord, l'accès à des services de première ligne n'est pas optimal. Ensuite, il y a eu confusion chez les GMF et les GMF-R en lien avec à l'adhésion à la réorientation (entente avec les urgences).

Par ailleurs, une transformation de l'utilisation des soins et des services au bon endroit est en cours. Les principales actions définies pour améliorer le délai de prise en charge médicale à l'urgence sont de maximiser les services courants et de favoriser la réorientation vers les services de première ligne. À terme, la réorientation devrait favoriser l'atteinte des cibles ministérielles par la redistribution de la consultation en temps opportun au médecin de famille pour le volet non urgent. Ce volume représente de 80 % à 90 % de la clientèle non urgente traitée dans les urgences du CIUSSS de la Capitale-Nationale. La réorientation s'effectue selon trois volets (à domicile, avec entente GMF et autres

ressources). La clientèle doit être informée de l'offre de services courants accessibles la fin de semaine et orientée à domicile lorsqu'il n'est pas nécessaire de voir un médecin.

### 1.09.44

Le séjour à l'urgence de la clientèle ambulatoire concerne les patients n'ayant pas occupé de civières. La durée se calcule du début de l'épisode de soins, au moment de l'accueil ou du triage, jusqu'au départ de l'urgence. Le pourcentage de cette clientèle dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures n'atteint pas l'engagement avec un résultat de 75,7 %. La performance de l'indicateur a diminué par rapport au résultat de l'année dernière (76,1 %).

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale travaille très fort à réorienter les clients en situation non urgente vers les services de première ligne. Ces patients constituent la majorité des cas dans l'ensemble des urgences de l'établissement.

La population a aussi un rôle à jouer dans la consultation d'un médecin de famille plutôt que celui de l'urgence, même si ce milieu semble lui offrir tous les services. Par ailleurs, des causes intrinsèques à l'établissement contribuent à allonger la durée de séjour des patients ambulatoires :

- Un seul médecin par quart de travail pour répondre à l'ensemble de la clientèle;
- Un nombre élevé de patients (80 % à 90 % des cas) qui se présente pour des situations non urgentes (clientèle avec critères GMF);
- La difficulté à obtenir des ententes avec plusieurs GMF malgré la bonne volonté de ceux-ci.

La réorientation demeure toutefois un choix pour le patient, et non une obligation.

Les actions prises pour atteindre l'engagement sont les mêmes que celles de l'indicateur 1.09.43.

## 4.2.11 SOINS PALLIATIFS ET SOINS DE FIN DE VIE

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et en soins de fin de vie à domicile	2 291	2 502	2 253 ✘
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et en soins de fin de vie	100	100	96 ●
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile des usagers ayant reçu des soins palliatifs et des soins de fin de vie à domicile	10	10	11,2 ✔

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✘) inférieur à 90 %

### 1.09.05

Avec 2 253 usagers, le nombre de personnes en soins palliatifs et en soins de fin de vie à domicile (SPFV) n'atteint pas l'engagement de 2 502 et il est inférieur au résultat de l'année dernière (2 291).

Le manque de ressources est une des causes de la non-atteinte de la cible : d'une part, parce que la région fait face à un manque de médecins de famille pour la prise en charge d'usagers qui requièrent des soins palliatifs et des soins de fin de vie (SPFV) à domicile ; d'autre part, parce que les coopératives n'ont pas les ressources suffisantes pour assurer un soutien optimal aux proches aidants.

Le manque de formation des effectifs est un autre facteur qui explique ce résultat. En effet, certaines composantes de la Loi 2 telles que la sédation palliative continue (SPC), les directives médicales anticipées (DMA) et l'aide médicale à mourir (AMM) ne sont pas suffisamment maîtrisées par le personnel. Ce dernier devrait être davantage formé sur l'approche et l'interdisciplinarité à mettre en œuvre lors de l'accompagnement en SPFV.

Par ailleurs, la garde médicale à géométrie variable sur le territoire de la Capitale-Nationale ne permet pas toujours de répondre au moment opportun aux besoins des usagers en SPFV. Aussi, le développement du repérage précoce des usagers avec les partenaires permettrait d'augmenter le nombre d'usagers en SPFV à domicile.

Un audit réalisé en 2019 sur l'ensemble du territoire auprès du personnel travaillant tant en hébergement qu'à domicile (nos partenaires inclus) a permis de définir les problèmes récurrents et les obstacles à une prise en charge des usagers à domicile de manière plus importante et optimale. Un plan d'action a été élaboré bien que la pandémie en ait retardé la mise en œuvre. La formation qui en découle sera donnée à l'ensemble du personnel. Par ailleurs, un Kaizen effectué en 2019 sur la trajectoire de l'aide médicale à mourir à domicile devrait augmenter le nombre d'usagers en SPFV à domicile. La formalisation d'une procédure sur les directives médicales anticipées devrait également contribuer à l'atteinte de ce résultat. Cette dernière sera approuvée et diffusée avant l'automne 2020. Finalement, un projet In-Tefo a été amorcé au début de 2020 dans le but de favoriser le repérage précoce des usagers en SPFV.

### 1.09.45

Le nombre de lits réservés en soins palliatifs et en soins de fin de vie n'atteint pas l'engagement avec un résultat de 96 lits, un résultat légèrement inférieur à celui de l'année précédente (100).

### 1.09.46

Le pourcentage de décès à domicile des usagers ayant reçu des soins palliatifs et des soins de fin de vie est de 11,2 %. L'engagement est ainsi atteint. Ce résultat enregistre une légère hausse par rapport à celui de l'année dernière (10 %).

## 4.2.12 CHIRURGIE

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.32.00-PS Nombre de demandes en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies	0	0	0 ✓
(Plan stratégique 2019-2023) 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	14	0	4 ✗

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✗) inférieur à 90 %

### 1.09.32.00

Le résultat indique qu'il n'y a pas d'usagers en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies. Ce résultat respecte l'engagement prévu et se maintient par rapport à celui de l'année passée (0).

### 1.09.32.10

Le résultat indique qu'il y a 4 usagers en attente depuis plus de 6 mois pour l'ensemble des chirurgies. Ce

résultat est en deçà de la performance attendue de 0 usager en attente, mais il s'est beaucoup amélioré par rapport à celui de 2018-2019 où 14 demandes de chirurgies étaient en attente depuis plus de 6 mois.

La non-atteinte de l'engagement est en grande partie due au délestage des services impliqués dans la lutte contre la pandémie de COVID-19 ; le résultat est un état de situation au 31 mars 2020, sans cumulatif annuel.

## 4.2.13 SANTÉ PHYSIQUE – SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020	
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.25-PS Nombre total de GMF	33	33	34	✓
(Plan stratégique 2019-2023) 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	84	85	82,5	●
(Plan stratégique 2019-2023) 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	N/D	547 654	525 474	●
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.48-PS Nombre de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou superclinique)	6	6	7	✓

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✘) inférieur à 90 %

### 1.09.25

Le nombre de GMF est de 34 ; l'engagement est donc atteint. Le résultat est de 1 GMF de plus que le nombre de l'année dernière (33).

### 1.09.27

L'engagement, pour ce qui est du pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille, n'est pas atteint. Le résultat observé de 82,5 % est plus bas que celui de l'année dernière (84 %).

Le résultat de l'indicateur s'explique en partie par l'augmentation de la population admissible auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (un peu plus de 16 300 personnes, soit une hausse de 1,5 %), alors que le nombre de personnes inscrites est resté stable. D'autres facteurs, comme les nombreux départs à la retraite de médecins de famille ayant une large clientèle, combinés à l'arrivée d'un nombre moindre de nouveaux médecins qui prennent en charge moins de patients, peuvent aussi expliquer la situation.

Les principales actions prises pour améliorer le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille sont :

- La mise en œuvre des objectifs du plan d'action du guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)

afin d'assurer une répartition efficiente de la capacité du corps médical du territoire en fonction des besoins populationnels ;

- La mobilisation autour de solutions novatrices facilitant la prise en charge de la clientèle inscrite au GAMF ;
- La promotion de pratiques novatrices en cliniques médicales afin de dégager du temps de valeur ajoutée aux médecins de famille pour qu'ils puissent prendre en charge davantage de patients.

### 1.09.27.01

Avec un résultat de 525 474 personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF, l'indicateur n'atteint pas l'engagement de 547 654.

Le commentaire sur les facteurs de non-atteinte ainsi que les principales actions prises pour améliorer le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille s'appliquent également à cet indicateur.

### 1.09.48

Avec un résultat de 7, soit un de plus que celui de l'année passée, le nombre de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R) atteint l'engagement.



## 4.2.14 SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes d'imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	96,4	100	68,2 ✘
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes d'imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100	100	98 ●
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes d'imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	100	100 ✔
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes d'imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	96,8	100	95,1 ●
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes d'imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	61	100	93,1 ●
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes d'imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	96,5	100	78,2 ✘
(Plan stratégique 2015-2020) 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes d'imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	100	100	97,1 ●

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✘) inférieur à 90 %

### 1.09.34.02

Avec un résultat de 68,2 %, le pourcentage des demandes d'imagerie médicale en attente depuis moins de trois mois pour les scopies n'atteint pas l'engagement de 100 %. La performance de l'indicateur a enregistré une diminution de 29,2 % par rapport au résultat de l'année dernière (94,6 %).

Pour les imageries, la non-atteinte de l'engagement est en grande partie due au délestage des services impliqués dans la lutte contre la pandémie de COVID-19, étant donné que le résultat est un état de situation à la période 13, sans cumulatif annuel. Ce commentaire prévaut pour tous les autres indicateurs associés à l'imagerie.

### 1.09.34.03

Le pourcentage des demandes d'imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques (98 %) n'atteint pas l'engagement de 100 %. Il est légèrement en deçà de la performance de l'année dernière (100 %).

### 1.09.34.04

Interruption des examens d'imagerie médicale pour les échographies obstétricales au mois de mai 2019.

### 1.09.34.05

Le pourcentage des demandes d'imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les

échographies cardiaques (95,1 %) n'atteint pas l'engagement (100 %); le résultat est même inférieur à celui de l'année dernière (96,8 %).

### 1.09.34.06

Le pourcentage des demandes d'imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires (93,1 %) n'atteint pas l'engagement (100 %). Par contre, la performance s'est améliorée par rapport au résultat de l'année passée (61 %).

### 1.09.34.07

Avec un résultat de 78,2 %, le pourcentage des demandes d'imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies n'atteint pas l'engagement de 100 %. La performance s'est détériorée de 19 % par rapport à celle de l'année dernière (96,5 %).

### 1.09.34.08

Le pourcentage des demandes d'imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries (97,1 %) n'atteint pas l'engagement (100 %). Le résultat est légèrement en deçà de la performance de l'année passée (100 %).

## 4.2.15 SANTÉ PHYSIQUE – CANCÉROLOGIE

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
(Plan stratégique 2019-2023) 1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	92,3	90	88,9 ●
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 ✓

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✗) inférieur à 90 %

### 1.09.33.01

Avec un résultat de 88,9 %, le pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours n'atteint pas l'engagement. De plus, le résultat est moins favorable que celui de l'année précédente (92,3 %).

Tous les efforts sont déployés afin de réaliser les chirurgies dans les meilleurs délais et de respecter 100 % des chirurgies oncologiques dans les délais.

### 1.09.33.02

Le pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours, avec un résultat de 100 %, atteint l'engagement et se maintient par rapport à celui de l'année précédente (100 %).

## 4.2.16 SANTÉ PHYSIQUE – SERVICES SPÉCIALISÉS

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
(Plan stratégique 2019-2023) 1.09.49-PS Pourcentage de consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisées à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E)	64	80	49,6 ✗

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✗) inférieur à 90 %

### 1.09.49

Avec un résultat de 49,6 %, le pourcentage de consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisées à l'intérieur des délais (priorités A, B, C, D et E) n'atteint pas l'engagement. De plus, le résultat est moins favorable que celui de l'année précédente (64 %).

Nous expliquons l'état des résultats par une difficulté rencontrée dans la planification des plages horaires pour des priorités B, et ce, dans la plupart des spécialités des établissements partenaires. Plusieurs conditions cliniques de priorité C nécessitent des plateaux techniques pour la consultation qui ne sont pas disponibles en temps opportun (par exemple, pour la gastroscopie et la cystoscopie). Les priorités E ont tendance à exiger plus de temps que les délais prescrits afin de prioriser l'accès des usagers aux priorités A, B et C. C'est sans compter la présence d'une clientèle vieillissante qui fait augmenter le volume de services.

Certaines spécialités ont des mandats suprarégionaux (neurochirurgie, hémato-oncologie, psychiatrie). Il ne faut pas sous-estimer l'impact de la phase 3 durant cette période financière, avec l'ajout de dix autres spécialités.

Les principales actions prises pour améliorer le pourcentage de consultations auprès d'un médecin spécialiste sont :

- La résolution de problèmes à chaque séance du comité de vigie ;
- La tenue de demi-journées de réflexion sur le sujet en février 2020 ;
- Les contacts directs avec les centrales de rendez-vous du CHU de Québec et de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) pour la planification urgente des hors-délais A et B.

Cet indicateur remplace les indicateurs 1.09.49.01 et 1.09.49.02 initialement prévus dans l'EGI qui ont été fusionnés.

## 4.2.17 RESSOURCES MATÉRIELLES

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
<b>2.02.02-EG2</b> Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100 ✓

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✗) inférieur à 90 %

### 2.02.02

Le niveau de réalisation des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité est de 100 %. L'indicateur atteint donc l'engagement et il maintient une bonne performance depuis l'année dernière (100 %).

## 4.2.18 RESSOURCES HUMAINES

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
<b>(Plan stratégique 2015-2020) 3.01-PS</b> Ratio d'heures en assurance salaire	7,88	7,79	7,96 ●
<b>(Plan stratégique 2019-2023) 3.05.02-PS</b> Taux d'heures supplémentaires	3,98	3,90	4,88 ✗
<b>(Plan stratégique 2015-2020) 3.06.00-PS</b> Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,78	1,70	2,29 ✗
<b>(Plan stratégique 2019-2023) 3.05.03</b> Ratio de présence au travail	S. O.	88,95	89,06 ✓

Atteinte de l'engagement annuel : (✓) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✗) inférieur à 90 %

### 3,01

Le ratio d'heures en assurance salaire n'atteint pas l'engagement. Avec un résultat de 7,96 %, il dépasse la valeur maximale attendue. De plus, le ratio a légèrement augmenté de 1 % (en valeur relative) par rapport à celui de l'année dernière (7,88 %).

Le manque de main-d'œuvre, principalement dans les titres d'emploi de préposé aux bénéficiaires, d'auxiliaire de santé et de services sociaux et d'infirmière, est le premier facteur expliquant la non-atteinte de l'engagement. Ce problème est lié en partie à la difficulté de recruter du personnel qualifié et en quantité suffisante dans le faible bassin de main-d'œuvre disponible dans la région de la Capitale-Nationale.

Plusieurs mesures ont été actualisées cette année par le biais du projet organisationnel « Intensifier les pratiques de prévention afin de favoriser la santé, la sécurité et la qualité de vie au travail » :

- Amélioration des structures de postes et stabilisation des équipes de travail ;
- Mise en place des équipes de soutien afin de diminuer les risques psychosociaux et physiques ;

- Révision des dossiers actifs et des pratiques de gestion médico-administrative ;
- Achat d'équipements permettant d'améliorer l'efficacité et de diminuer la charge de travail ;
- Intensification de la gestion des cas présentant de l'absentéisme excessif ;
- Projet de réadaptation intensive à la suite d'une invalidité ;
- Mise en œuvre d'un cadre de référence relatif au soutien lors d'un retour au travail.

Enfin, des efforts de recrutement local et international ont été consentis par les équipes de recrutement cette année aussi.

### 3.05.02

Avec un résultat de 4,88 % d'heures supplémentaires par rapport au nombre total d'heures travaillées, l'indicateur n'atteint pas l'engagement. De plus, le taux d'heures supplémentaires a augmenté de 22,6 % (en valeur relative) depuis la dernière année (3,98 %).

Malgré l'effort de recrutement investi par le CIUSSS de la Capitale-Nationale (2 600 nouveaux employés en

2019-2020), les directions ont dû recourir aux heures supplémentaires pour pallier l'absence du personnel et éviter la rupture de service. Cela a eu cependant pour effet d'augmenter la fatigue des employés, ce qui peut engendrer en retour une hausse des absences couvertes par l'assurance salaire ou la CNESST. Outre l'augmentation des absences, il y a eu une bonification de l'offre de service, ce qui a entraîné une hausse du nombre d'employés requis, d'où le recours aux heures supplémentaires. La pénurie de main-d'œuvre observée dans la région de la Capitale-Nationale est également un facteur ayant contribué à la non-atteinte de la cible.

Plusieurs mesures ont été mises en place pour réduire l'utilisation des heures supplémentaires. La Direction des ressources humaines et des communications a travaillé sur un projet organisationnel visant l'optimisation des structures de postes et la gestion des effectifs. La direction a procédé au rehaussement de tous les postes de préposé aux bénéficiaires pour être en mesure de titulariser l'ensemble de nos employés occasionnels. Une page Facebook « Main-d'œuvre hors-dispo » est utilisée pour offrir des quarts de travail non comblés, et ce, afin que des employés puissent les accepter en dehors de leur disponibilité habituelle. Un plan d'action de recrutement et de promotion a été élaboré et réalisé afin d'inciter la main-d'œuvre à venir travailler au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Notons également que des garanties de travail ont été offertes dans le but de rendre nos offres plus attractives. De plus, les membres

de la direction ont planifié des missions de recrutement à l'international. Ceux-ci ont également poursuivi la mise en œuvre du programme de formation accrue en milieu de travail (8 cohortes en cours), et ont lancé un appel d'intérêt à tous les employés qui désirent travailler la fin de semaine en centre d'hébergement.

### 3,06

Le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante n'atteint pas l'engagement, avec un résultat de 2,29 %. De plus, ce type de recours a augmenté de 28,7 % (en valeur relative) depuis la dernière année (1,78 %).

La non-atteinte de l'engagement touchant l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante est tributaire des mêmes facteurs que ceux exposés pour le recours aux heures supplémentaires (augmentation des absences et bonification de l'offre de service). Au cours des dernières années, les agences de placement ont eu certaines difficultés à fournir le nombre de ressources demandées afin de répondre aux besoins. Toutefois, depuis septembre 2019, la direction a accès à de nouvelles agences de placement qui réussissent à combler davantage les besoins en personnel. Cela explique la hausse observée cette année.

#### 3.05.03

Le ratio de présence au travail atteint l'engagement avec un résultat de 89,06 %.

## 4.2.19 MULTIPROGRAMMES

Indicateur	Résultat 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat 2019-2020
(Plan stratégique 2015-2020) 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	58,4	70	55,1 ✘
(Plan stratégique 2015-2020) 7.02.00-PS Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque	69	67	77 ✔

Atteinte de l'engagement annuel : (✔) atteint à 100 % (●) égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % (✘) inférieur à 90 %

### 7.01.00

Le pourcentage (55,1 %) des premiers services de nature psychosociale dispensés dans un délai de 30 jours n'atteint pas l'engagement prévu. De plus, ce résultat est plus bas que celui de l'année dernière (58,4 %).

Une analyse plus détaillée des résultats a révélé l'existence de délais qui excèdent les 30 jours pour les usagers de certains programmes ou services : le soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie, la santé mentale, les jeunes en difficulté, la déficience physique, la déficience intellectuelle, incluant les troubles du spectre de l'autisme.

Les facteurs suivants ont contribué à la non-atteinte de l'engagement pour cet indicateur :

- Certaines modalités de service telles que les activités de groupe ne sont pas prises en compte par l'indicateur actuel. Par ailleurs, des usagers sont pris en charge par des équipes qui inscrivent leurs activités dans d'autres systèmes d'information. Plus précisément, 50 % des usagers en DI et en TSA sont suivis par des intervenants qui saisissent leurs activités dans un autre système ;
- L'impact occasionné par l'implantation de l'accès intégré qui élimine l'étape du guichet et d'une première intervention dès ce stade ;
- La définition claire de la première demande au regard d'une première intervention ;
- La hausse des demandes de services, jumelée à l'absence de ressources (difficultés de dotation et de remplacement), a contribué à l'augmentation de la charge de travail ;

- La prise en considération des priorités de services dans la hiérarchisation des cas en attente (réponse aux besoins en temps opportun, et non selon un principe de 30 jours).

Le MSSS a été informé des enjeux actuels de l'indicateur et des lacunes du système d'information (I-CLSC) pour rendre compte correctement de l'attente d'un premier service. Des changements dans les pratiques d'inscription des données ont été communiqués aux équipes d'intervenants pour améliorer la conformité des résultats par rapport à la méthode provinciale.

Des budgets de développement ont permis l'ajout de ressources pour répondre à l'augmentation des demandes. Les démarches d'intégration se poursuivent dans les programmes pour la première et la deuxième ligne de services et l'accès intégré et harmonisé pour l'utilisateur.

## 4.2.20 AUTRES RÉSULTATS – INDICATEURS INSCRITS DANS LE PLAN STRATÉGIQUE 2019-2023

Indicateur	Résultat 2019-2020	Commentaires
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	2097	S. O.
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	32 667	S. O.
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	2 070 080	S. O.
Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours	68,9	S. O.



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

## 5.1 L'AGRÈMENT

L'établissement a reçu la visite d'Agrément Canada du 27 octobre au 1<sup>er</sup> novembre 2019. Les normes de gouvernance, de leadership, de santé publique, de prévention et de contrôle des infections, de gestion des médicaments, de retraitement des dispositifs médicaux réutilisables de même que les manuels d'évaluation pour la jeunesse, en santé mentale et en dépendances ont été évaluées. L'établissement a démontré sa conformité à 97,9 % aux critères et aux pratiques organisationnelles exigés. Ce résultat exceptionnel est dû à l'engagement et à la mobilisation de l'ensemble

du personnel de l'organisation. Avec la mise en place du nouveau processus d'agrément qui se déroule maintenant sur une période de 5 ans, le CIUSSS de la Capitale-Nationale est certifié agréé par Agrément Canada.

À la réception des résultats, les directions se sont mises au travail et ont élaboré des plans d'action pour corriger le plus rapidement possible les critères non conformes. Les actions entreprises sont suivies rigoureusement par un comité de travail spécifique et seront communiquées à Agrément Canada au mois de novembre 2020.

## 5.2 LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Plusieurs actions ont été posées afin de promouvoir en continu l'importance de la déclaration et de la divulgation des incidents et des accidents :

- La poursuite de l'informatisation du processus de déclaration afin d'en accélérer le traitement et l'analyse;
- Les activités de formation, offertes selon plusieurs modalités, qui ont profité à 662 employés.

Le suivi constant offert par la DQEPE permet d'informer en continu les directions quant à leurs pratiques et à leurs résultats en la matière.

Les trois principaux types d'incidents (niveaux de gravité A et B) déclarés entre le 1<sup>er</sup> avril 2019 et le 31 mars 2020 sont : les erreurs de médication, les erreurs reliées à la diète et les événements de la catégorie *Autres*.

Les trois principaux types d'accidents (niveaux de gravité C à I) déclarés entre le 1<sup>er</sup> avril 2019 et le 31 mars 2020 sont : les chutes, les erreurs de médication et les événements de la catégorie *Autres*.

### NATURE DES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS (INDICE DE GRAVITÉ A ET B)

	Médication	Diète	Autres	TOTAL 3 principaux types d'incidents	TOTAL tous les types d'incidents
<b>Incidents</b>	1699	581	845	<b>3 125</b>	<b>4 049</b>
<b>Pourcentage du total des événements</b>	4,9	1,7	2,4	<b>9,1</b>	

## NATURE DES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS (INDICE DE GRAVITÉ C À I)

	Chute	Médication	Autres	TOTAL 3 principaux types d'accidents	TOTAL tous les types d'accidents
<b>Accidents</b>	13 336	7 580	6 120	<b>27 036</b>	<b>30 448</b>
<b>Pourcentage du total des événements</b>	38,7	22	17,7	<b>78,4</b>	

Le comité de gestion des risques suit de près les mesures mises en place par l'établissement en rapport avec ces types d'incidents et d'accidents. Parmi ces mesures, on peut nommer :

- Le suivi du Plan d'action sur la prévention des erreurs de médication;
- Le suivi des travaux du comité de prévention des chutes;
- L'analyse de plusieurs chutes afin de dégager des recommandations organisationnelles;
- Le suivi du Plan d'action sur la sécurité alimentaire;
- Les actions prises par l'établissement pour contrer les infections nosocomiales sont présentées à la page 30.

Le comité directeur sur l'application des mesures de contrôle poursuit les travaux sur l'élaboration des

procédures spécifiques, pour chacune des directions clientèles. Ainsi la procédure SAPA a été menée à terme et près de 300 formateurs de cette direction ont été formés. Les procédures pour les autres directions sont sur le point d'être achevées, il ne reste que la relecture par le comité directeur et les directions concernées. Le partenariat avec les commissions scolaires s'est poursuivi pour un partage optimal des décisions menant à l'utilisation de mesures de contrôle dans le transport scolaire pour la direction DITSADP. Enfin, l'adresse courriel mesure de contrôle demeure toujours aussi active avec 3 à 5 demandes de soutien par semaine. Toutes ses mesures permettent de limiter l'utilisation des mesures de contrôle.

La Commissaire aux plaintes et à la qualité a émis des recommandations portant sur les soins et les services dispensés, leur continuité, l'absence de suivi et les droits particuliers des usagers.

## BILAN DU STATUT DES RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR DIRECTION DE LA DERNIÈRE ANNÉE

Recommandation	Complétée	En cours	TOTAL
<b>Bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS)</b>	7	5	<b>12</b>
<b>DDITSADP</b>	4		<b>4</b>
Que la Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et déficience physique prenne les moyens nécessaires afin de respecter la Politique relative à la tenue du dossier de l'utilisateur et la protection des renseignements personnels et trouve des moyens afin de maximiser l'utilisation des ressources électroniques de tenue de dossier et ainsi, limiter la transmission de papier vers le CRDIQ.	1		<b>1</b>
Que la Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et déficience physique prenne les moyens nécessaires afin de s'assurer du respect du Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle en vigueur et implante le projet de procédure relative au protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle spécifiques à la clientèle de la direction DITSADP, dès sa disponibilité pour tous les intervenants et le personnel d'encadrement.	1		<b>1</b>

Recommandation	Complétée	En cours	TOTAL
Que la Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et déficience physique prenne les moyens nécessaires afin de s'assurer que la représentante légale soit informée sur les politiques de l'établissement concernant l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, la déclaration des événements indésirables et leur divulgation afin qu'elle puisse exercer son droit au consentement libre et éclairé et que l'Entente sur les modalités de collaboration soit respectée.	1		1
Que la Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et déficience physique prenne les moyens nécessaires afin de s'assurer que la déclaration, la gestion des événements et la divulgation soient appliquées conformément à la Politique relative à la déclaration et à la gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services, la procédure qui lui est associée ainsi que le Règlement relatif à la divulgation des événements, et ce, pour l'ensemble du personnel et des gestionnaires.	1		1
<b>DSAPA</b>		<b>5</b>	<b>5</b>
Que la direction démontre que les recommandations adressées par la conseillère cadre de la DSI ont été implantées de manière satisfaisante, notamment l'amélioration de la démarche clinique en soins infirmiers et la proactivité de son personnel infirmier.		1	1
Que la direction démontre que les recommandations adressées par la conseillère cadre de la DSM ont été implantées de manière satisfaisante, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que le personnel de ce CH connaisse et applique le concept de consentement aux soins en contexte de SCPD;</li> <li>▪ Que le personnel se questionne en équipe sur les impacts des refus répétitifs d'un résident et qu'il envisage des stratégies d'intervention;</li> <li>▪ Que le MAHCOA s'assure d'identifier un milieu de vie adéquat et correspondant aux besoins spécifiques de madame;</li> <li>▪ Que le recours à un gardien de sécurité en CH soit revu et amélioré afin de préserver la notion de milieu de vie lors des procédures de surveillance accrue.</li> </ul>		1	1
Que la direction s'assure que le personnel applique les responsabilités stipulées dans la Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Être à l'affût des facteurs de vulnérabilité et des indices de maltraitance;</li> <li>▪ Repérer les situations potentielles de maltraitance;</li> <li>▪ Déclarer toute situation présumée ou confirmée de maltraitance, dès qu'elle est repérée ou dépotée;</li> <li>▪ Garder une préoccupation constante pour la qualité et la sécurité des soins et des services.</li> </ul>		1	1
Que la direction démontre au CPQS que les recommandations adressées par la DSI ont été implantées de manière satisfaisante, notamment l'amélioration de la démarche clinique en soins infirmiers et la capacité à agir en amont par son personnel infirmier.		1	1
Que la direction s'assure que le personnel applique les responsabilités stipulées dans la Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité pour assurer une dispensation de service bienveillante en tout temps.		1	1
<b>DSP</b>	<b>3</b>		<b>3</b>
Diffuse et communique de manière explicative la procédure aux deux professionnels visés, aux médecins et au personnel des urgences;	1		1
Élabore une procédure pour améliorer la qualité du suivi de résultats d'exams radiologiques discordants. Cette procédure devra faire en sorte d'assurer rapidement un suivi à l'usager.	1		1
Mette en place un processus de vérification 6 mois après sa diffusion pour s'assurer de son application et de son efficacité.	1		1

## 5.3 LE PROTECTEUR DU CITOYEN

---

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a traité 17 plaintes qui visaient le CIUSSS. De ces 17 plaintes, 16 recommandations ont été formulées.

Événement et recommandation	Mesure corrective
Au terme de l'évaluation de l'usagère présentement en cours par le Service de soutien à domicile, ajuster le plan d'intervention, conjointement avec une personne spécialisée en activités cliniques issues du programme Santé mentale, en fonction des résultats obtenus. Informer le Protecteur du citoyen dès que la recommandation est réalisée et lui acheminer les résultats de l'évaluation à l'aide de l'OEMC et une copie du rapport en ergothérapie.	Les suivis ont été faits à la satisfaction de l'usagère.
Offrir à l'usagère l'aide nécessaire afin qu'elle puisse faire un choix éclairé du matériel de base requis pour ses traitements d'inhalothérapie jusqu'à ce qu'elle soit en mesure d'effectuer elle-même le renouvellement par téléphone auprès du fournisseur.	Un soutien a été offert à la satisfaction de l'usagère.
Procéder, avec le consentement de l'usagère, à l'évaluation de la prestation de ses soins à domicile et proposer des modalités au plan d'intervention interdisciplinaire (PII) les moins contraignantes possible pour elle tout en assurant la sécurité du personnel.	La recommandation est en cours de réalisation.
Désigner une nouvelle équipe de professionnels spécialisés en lésions médullaires pour évaluer la sécurité de la prestation des soins à l'usagère et assurer le suivi du PII.	Une équipe de professionnels a été désignée.
Désigner un professionnel de la santé ayant une expertise en lésions médullaires pour occuper la fonction d'intervenant pivot. Cette fonction consiste à superviser le personnel auxiliaire et à lui fournir un soutien diligent et continu.	Un professionnel a été nommé.
Démontrer que les recommandations adressées en août 2018 au Centre d'hébergement Saint-Augustin par la Direction des soins infirmiers ont été appliquées de manière satisfaisante.	Les recommandations ont été réalisées.
S'assurer que le personnel de la cuisine du Centre d'hébergement Saint-Antoine réalise la préparation de l'eau épaissie pour chacune des personnes hébergées, selon la recette recommandée par la nutritionniste.	Le suivi et une vérification ont été faits.
Rappeler au personnel du Centre d'hébergement Saint-Antoine de toujours bien rincer les contenants utilisés pour les personnes hébergées avant d'y ajouter de la nouvelle eau épaissie.	Un rappel aux employés a été fait.
Réviser les pratiques d'encadrement visant à assurer que le personnel non permanent ou nouveau du Centre d'hébergement Saint-Antoine offre les soins et les services inscrits aux dossiers des personnes hébergées, et ce, de manière adéquate et sécuritaire.	La recommandation est en cours de réalisation.

Événement et recommandation	Mesure corrective
Rappeler au personnel du service de nutrition du Centre d'hébergement Saint-Antoine l'obligation d'informer les personnes hébergées et leurs mandataires de tout ajout, retrait ou changement aux soins et aux services prodigués qui peuvent affecter la sécurité et le bien-être de la personne concernée.	Un rappel aux employés a été fait.
<p>Modifier les lettres types en matière de recouvrement lors du décès d'un adulte hébergé pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inviter la personne à joindre le CIUSSS si elle n'a pas la qualité de liquidateur, d'héritier ou de successeur du défunt;</li> <li>▪ Faire référence à la facture de la succession et au compte de la succession plutôt qu'à la facture et au compte personnel du contact financier et répondant.</li> </ul>	Les modifications ont été faites.
Sensibiliser les intervenants à la nécessité de bien distinguer les informations qui relèvent des personnes interrogées de celles qui représentent leurs opinions professionnelles dans leur rapport d'orientation et d'évaluation.	La recommandation est en cours de réalisation.
Effectuer un rappel auprès des intervenants quant à l'importance de présenter une version nuancée des potentialités parentales, c'est-à-dire qu'ils reconnaissent et utilisent les forces des parents pour susciter leur mobilisation et leur adhésion.	La recommandation est en cours de réalisation.
S'assurer que l'IUSMQ procède à l'évaluation de tous les services dont a besoin l'usagère, incluant, le cas échéant, ceux qui ne peuvent être offerts dans le cadre de sa mission ainsi que les interventions requises.	La recommandation est en cours de réalisation.
Après que l'évaluation de l'IUSMQ soit complétée, veiller à ce que soit organisée une rencontre avec l'usagère, sa représentante et tout autre intervenant ou établissement concerné pour déterminer les services dont a besoin l'usagère en rapport avec ses attentes et les façons d'y répondre. Procéder à l'élaboration d'un plan de service individualisé, le cas échéant.	La recommandation est en cours de réalisation.

## 5.4 LES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Le coroner a émis trois recommandations à l'endroit de l'établissement.



## Événement et recommandation

## Mesure corrective

Dans le dossier 2018-02279, à la suite du décès d'une résidente d'un CHSLD du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, le coroner recommandait au ministère de la Santé et des Services sociaux de prendre les mesures nécessaires pour que la sécurité des fauteuils à assise surbaissée soit revue dans tous les établissements du réseau de la santé où ils sont utilisés.

Les suivis ont été faits à la satisfaction de l'usagère.

Le MSSS a ensuite demandé à tous les établissements du réseau de :

- Vérifier si ce type de fauteuil est utilisé par un résident ou s'il s'en trouve dans la flotte d'équipements en stock ;
- S'assurer que ces fauteuils sont retirés afin d'en fixer l'assise pour les sécuriser avant de les retourner dans les unités.

Dans le dossier 2019-00427, à la suite du suicide d'une usagère, le coroner recommandait à l'IUSMQ de réviser ses conditions de congé en vue d'assurer, lorsque c'est possible, la participation des familles dans le plan de retour à domicile, notamment en présence de conditions de vulnérabilité.

Une démarche de révision des conditions de congé est en cours à la Direction des programmes Santé mentale et Dépendances.

Dans le dossier 2917-06158, à la suite de certains événements qui se sont produits pendant le transport ambulancier d'un accidenté de la route, le coroner recommandait à l'établissement de réviser le cas et, s'il y a lieu, de revisiter et de modifier les protocoles de prise en charge des usagers qui présentent un arrêt cardiorespiratoire en situation traumatique. Le tout doit être discuté à la Table des directeurs médicaux des services préhospitaliers d'urgence.

La révision des protocoles est en cours.

## 5.5 LES RECOMMANDATIONS ISSUES DES ORDRES PROFESSIONNELS

### 5.5.1 ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC (OIIAQ)

L'OIIAQ a procédé à deux visites de surveillance générale de la profession d'infirmière auxiliaire, soit du 10 au 14 juin 2019 et du 22 au 25 octobre 2019. Lors de ces visites, les compétences évaluées sont la communication, la contribution à l'évaluation de l'état de santé de la personne, la prestation des soins et le développement professionnel.

Du 10 au 14 juin 2019, les installations suivantes ont été évaluées :

- Centre d'hébergement de l'Hôpital général de Québec ;
- Centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes ;
- Centre d'hébergement Le Faubourg ;

- Centre d'hébergement Saint-Antoine ;
- Centre d'hébergement Limoilou ;
- Centre d'hébergement Sacré-Cœur ;
- Centre d'hébergement Saint-Raymond ;
- Centre d'hébergement Saint-Casimir ;
- Centre d'hébergement Saint-Augustin.

Les installations visitées en octobre 2019 sont :

- Hôpital régional de Portneuf ;
- CLSC de Saint-Raymond ;
- CLSC de Limoilou ;
- Hôpital Jeffery Hale ;
- Saint Bridgid's Home ;
- Institut universitaire en santé mentale de Québec ;

- Service de réadaptation aux adultes et aux aînés ;
- Centre multiservices de santé et de service sociaux de Baie-Saint-Paul ;
- Hôpital de la Malbaie.

Plusieurs points forts ressortent du rapport de l'organisme. Les infirmières auxiliaires utilisent de très bonnes techniques de communication tant auprès de la personne et ses proches qu'au sein de l'équipe de soins. Leur proximité avec l'usager et la justesse de leur collecte de données sur l'état de santé contribuent de façon

exemplaire à l'évaluation clinique. Dans la diversité des soins qu'elles prodiguent, elles respectent leur champ d'exercice. Elles participent à des activités de formation et s'engagent dans leur développement professionnel.

Quant aux recommandations, elles concernent principalement la prévention des infections. Deux plans d'amélioration sont en cours d'élaboration et seront soumis à l'OIIAQ au plus tard en septembre et novembre 2020 pour approbation.

## 5.6 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

---

Au cours de l'année 2019-2020, l'équipe du commissaire aux plaintes et à la qualité des services (le commissariat) a traité 2 479 dossiers qui se répartissent ainsi : 887 plaintes, 428 interventions, 1 012 assistances et 152 consultations. Le délai moyen de traitement des plaintes a été de 32 jours comparativement à 33 jours en 2018-2019, ce qui représente 85 % des dossiers conclus en deçà des 45 jours accordés par le législateur, comparativement à 82 % l'année précédente. Ce constat démontre les efforts déployés par l'équipe du commissariat pour répondre rapidement aux demandes qui lui sont adressées.

La diminution de 7 % du nombre de dossiers traités s'explique par une baisse de 25 % des demandes d'assistance, ce qui fait passer le nombre de 1 341 dossiers l'an dernier à 1 012 dossiers. Pour les autres types de dossiers, le nombre est à la hausse, plus spécifiquement : de 3,9 % pour les plaintes, de 30,5 % pour les interventions et de 9,6 % pour les consultations.

Cette année, le traitement des plaintes et des signalements a mené à l'application de 1 095 mesures correctives grâce à l'engagement des gestionnaires qui ont considéré l'examen des insatisfactions comme un levier pour améliorer la qualité des services. Le commissariat a comme philosophie de privilégier ce type de mesures correctives plutôt que d'imposer des recommandations, ce qui lui vaut d'obtenir des résultats plus rapides et plus concrets pour le bien-être des usagers.

Deux ans après l'adoption par le conseil d'administration de la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, le 20 novembre 2018, l'objectif d'assurer un filet de sécurité supplémentaire pour les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité est atteint. L'augmentation des signalements avec ce motif et surtout le nombre de mesures correctives qui en découlent en font foi.

## 5.7 LE RAPPORT ANNUEL DU MÉDECIN EXAMINATEUR

---

Au cours de l'année 2019-2020, le médecin examinateur a analysé 48 dossiers, soit une diminution de 23 % avec l'exercice 2018-2019. Le traitement de 93,8 % des dossiers a été complété à l'intérieur du délai prescrit par le législateur. Ce pourcentage était de 80,7 % à l'exercice précédent, et de 30,8 % en 2017-2018. Cette amélioration significative est attribuable à la disponibilité d'un médecin examinateur deux jours par semaine. L'examen d'une plainte médicale a donné lieu à la formulation de

trois recommandations sur l'organisation des soins et des services. Toutefois, aucune mesure n'a été appliquée pour faute professionnelle.

Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services pour l'exercice 2019-2020 est disponible sur le site Internet de l'établissement au <http://santecapitalenationale.gouv.qc.ca/a-propos-de-nous/ciuss-de-la-capitale-nationale/>.

## 5.8 LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION

### STATISTIQUES CONCERNANT LES GARDES EN ÉTABLISSEMENT ENTRE LE 1<sup>ER</sup> AVRIL 2019 ET LE 31 MARS 2020

	IUSMQ	CHU - HEJ	CHU - HSS	CHU - CHUL	CSSS Charlevoix - HBSP	CSSS Charlevoix - HLM	Total mission CH
Nombre de mises sous garde préventive	114	574	8	348	31	34	1 109
Nombre de demandes (requêtes) de mise sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	704
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal	369	49	7	105	10	( )	542
Nombre de demandes (requêtes) de mise sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	346
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	236	15	11	66	9	( )	338

### STATISTIQUES CONCERNANT LES JUGEMENTS D'AUTORISATION DE SOINS ENTRE LE 1<sup>ER</sup> AVRIL 2019 ET LE 31 MARS 2020

	IUSMQ	CHU - HEJ	CHU - HSS	CHU - CHUL	CSSS Charlevoix - HBSP	CSSS Charlevoix - HLM	Total mission CH
Nombre de jugements d'autorisation de soins intérimaires rendus	31	1	0	4	0	0	36
Nombre de jugements d'autorisation de soins rendus	160	1	2	23	1	0	187

## 5.9 L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

---

Le Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique (BPUE) a pour mandat de s'assurer qu'au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale, tous prennent en considération le vécu, les perceptions et les savoirs de l'utilisateur dans le respect des principes et des conduites éthiques.

Cette année, dans le cadre des diverses démarches d'évaluation de l'expérience vécue des usagers, 7 573 usagers ou proches ont rempli un questionnaire portant sur leur niveau de satisfaction lié aux soins et aux services reçus et leurs attentes à l'égard de ceux-ci. Pour toutes les démarches d'évaluation, un rapport a été déposé et un plan d'action découlant des pistes d'amélioration suggérées a été élaboré.

La participation de 70 usagers partenaires au sein de 43 comités d'amélioration continue des soins et des services a favorisé l'examen, par les gestionnaires, des points de vue des usagers ou de leurs proches sur les points forts du réseau, des pistes d'amélioration et des actions prioritaires à réaliser.

Enfin, la présence de la conseillère cadre du BPUE aux réunions du comité des usagers du centre intégré (CUCI) ainsi que les nombreux échanges avec les présidents des

comités des usagers et des comités de résidents ont permis d'informer l'ensemble des membres de ces comités des diverses actions en cours pour améliorer les soins et les services aux usagers. Cette proximité favorise aussi une meilleure connaissance des attentes et des besoins.

Par ailleurs, dans le cadre des travaux de mise à jour de la structure de gouvernance du réseau territorial de services de la Capitale-Nationale et des quatre réseaux locaux de services (RLS) effectués par la Direction des affaires juridiques et institutionnelles, celle-ci et les partenaires de chaque RLS ont convenu d'une formule la plus fédératrice possible pour faire participer les citoyens à l'analyse de leurs besoins et à l'amélioration des déterminants de la santé qui ont un impact sur leur bien-être.

Des forums citoyens devaient avoir lieu dans chaque RLS au cours du printemps, en collaboration avec les principaux décideurs de chaque territoire (MRC, organismes communautaires, organismes du milieu socio-économique, milieu de l'éducation) mais la pandémie a entraîné l'annulation de ces rencontres qui seront reprises dès que possible.

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

La Loi concernant les soins de fin de vie adoptée en 2015 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.

Le ministère de la Santé et des Services Sociaux a publié un plan de développement stratégique 2015-2020 sur les soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). Celui-ci a été suivi de près au niveau régional et des actions ont été entreprises. Afin d'assurer la pertinence et l'harmonisation du continuum des soins palliatifs et de fin de vie dans la Capitale-Nationale, un audit a été réalisé dans l'ensemble des installations et des services à domicile qui prodiguent des soins palliatifs et de fin de vie. Celui-ci reprend la majorité des exigences du plan de développement 2015-2020 en soins palliatifs et de fin de vie du MSSS ainsi que les besoins de la population.

Un plan d'action détaillé et évolutif a découlé du rapport d'audit dans le but d'assurer une pertinence dans les futurs comités de pilotage et les groupes de travail régionaux et de garantir un avancement rapide du projet.

### Enjeu de la formation et de l'application de la politique

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. L'ensemble des bénévoles œuvrant auprès des usagers

en soins palliatifs et de fin de vie en hébergement et à domicile ont aussi profité d'une formation de 18 heures pour bonifier l'accompagnement qu'ils offrent.

En complément, un projet interdirections de révision de l'orientation et des trajectoires sera réalisé sous peu. Au chapitre de l'aide médicale à mourir, plusieurs actions ont été posées pour améliorer l'accès et l'approche auprès des personnes concernées :

- Mentorat médical : ce soutien entre collègues permet aux médecins d'être accompagnés, tout au long du processus, par un médecin détenant une expertise en aide médicale à mourir ;
- Accompagnement des médecins : les GMF sont visités et soutenus par des rencontres et de la sensibilisation sur la Loi ;
- Soutien aux équipes : un professionnel est disponible pour aller rencontrer les équipes de soins en soutien au gestionnaire pour faciliter et démystifier le processus à venir. De plus, une formation a été donnée aux équipes régulières et dédiées aux SPFV, aux Services à domicile ainsi qu'aux intervenants en soins spirituels. Des outils pour la coordination et la gestion de l'aide médicale à mourir à domicile ont également été mis à la disposition des équipes ;
- Production d'un dépliant sur les SPFV, reprenant la Loi. On peut le consulter sur le site Internet du CIUSSS ;
- Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) : le GIS régional pour l'aide médicale à mourir a déposé une recommandation aux DSP de la région afin de revoir le mandat et la composition du comité et d'améliorer les trajectoires interétablissements ainsi que la communication de messages communs au sein de la région.



## 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 1<sup>ER</sup> AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020

Activité	Information demandée	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	4279
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	59
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	123
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	88
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs <sup>1</sup>	35

1. Motifs d'annulation d'aide médicale à mourir en cours d'année : Décès avant l'administration (11); Changé d'idée (2); Ne répondait pas aux critères d'admissibilité (16); Demande reçue au CIUSSS mais usager transféré dans un autre établissement (6).

### APPLICATION DE LA POLITIQUE DU 1<sup>ER</sup> AVRIL 2018 AU 31 MARS 2019

Activité	Information demandée	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	4136
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	64
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	73
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	60
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	13

#### Principaux enjeux

- Manque de formation SPFV pour le personnel des directions SAPA et SISP dans Charlevoix;
- Disparité dans l'appropriation du continuum SPFV selon les territoires et les services;
- Manque d'uniformisation dans le continuum SPFV.

#### Principales réalisations

- Déploiement du volet 3 de la formation du MSSS en collaboration avec la DRHC;
- Mise en place d'une procédure détaillée du déroulement de la formation;
- Motivation du personnel de terrain pour le rôle de formateur et de mentor dans son service;
- Augmentation du taux de personnel formé (au ralenti en raison de la pandémie);
- Réalisation d'un audit régional incluant :
  - 10 SAD faisant du SPFV;
  - 8 unités de SPFV;
  - 2 maisons de soins palliatifs;
  - 5 unités du CHU de Québec – Université Laval;
  - 1 unité de l'IUCPQ.

#### Priorités

- Poursuite du déploiement de la formation au cours des deux prochaines années pour atteindre 100 % de personnel formé (demande du MSSS);
- Intégration du personnel des CHSLD privés et privés conventionnés dans la formation;
- Sollicitation de plus de formateurs pour répondre aux besoins;
- Déploiement du volet 2 de la formation en partenariat avec l'IUCPQ;
- Présentation, au niveau stratégique, par trois présidents-directeurs généraux de la Capitale-Nationale (CIUSSS, CHU de Québec – Université Laval et IUCPQ), des résultats et du plan d'action régional (au ralenti en raison de la pandémie);
- Harmonisation des trousseaux de médicaments d'urgence pour les SPFV à domicile;
- Déploiement de la sédation palliative continue à domicile;
- Révision des trajectoires de l'ensemble du continuum SPFV;
- Déploiement du projet *In-Tefo* pour le repérage précoce des usagers.

# 7. LES RESSOURCES HUMAINES

## RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Répartition de l'effectif en 2019 par catégorie de personnel	Nombre d'emplois au 31 mars 2020	Nombre d'ETC en 2018-2019
Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires	4 158	3 425
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	4 777	3 817
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 979	1 767
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	4 745	3 912
Personnel non visé par la Loi 30	116	92
Personnel d'encadrement	549	553
<b>Total</b>	<b>16 324</b>	<b>13 567</b>

Nombre d'emplois = Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant généré au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalents temps complet (ETC) = L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaires pour effectuer la même charge de travail, sans avoir recours aux heures supplémentaires payées et si toutes avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées (ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé), et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

## 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 2019-03-31 au 2020-03-28

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
Personnel d'encadrement	987 527	12 960	1 000 487
Personnel professionnel	4 896 897	21 116	4 918 013
Personnel infirmier	6 345 625	318 551	6 664 176
Personnel de bureau, technicien et assimilé	10 732 277	410 999	11 143 276
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2 402 161	49 174	2 451 335
Étudiants et stagiaires	17 889	163	18 052
<b>Total 2019-2020</b>	<b>25 382 376</b>	<b>812 963</b>	<b>26 195 339</b>
<b>Total 2018-2019</b>			<b>25 634 164</b>

Cible en heures rémunérées pour 2019-2020 ..... 25 954 359

Écart ..... 249 980

Écart (%) ..... 1,0 %

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs alloués par le MSSS. De plus, le dépassement de la cible est dû à une augmentation des besoins cliniques dans

divers milieux tels les résidences à assistance continue, les soins à domicile, le secteur alimentaire, l'urgence, etc. Par ailleurs, nous avons dû ajouter du personnel en fin d'année financière en lien avec les besoins de la pandémie.

# 8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

## UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

	Dépenses 2018-2019		Dépenses 2019-2020		Variation	
	\$	%	\$	%	\$	%
<b>Programmes-services</b>						
Santé publique	24 953 214	1,78	25 222 860	1,69	269 646	1,08
Services généraux - activités cliniques et d'aide	93 480 368	6,65	109 358 072	7,31	15 877 704	16,99
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	349 718 176	24,89	372 681 408	24,91	22 963 232	6,57
Déficiance physique	95 031 157	6,76	104 189 374	6,96	9 158 217	9,64
Déficiance intellectuelle et TSA	109 560 628	7,80	114 708 174	7,67	5 147 546	4,70
Jeunes en difficulté	113 513 540	8,08	122 644 513	8,20	9 130 973	8,04
Dépendance	11 910 144	0,85	13 064 725	0,87	1 154 581	9,69
Santé mentale	172 287 226	12,26	177 304 057	11,85	5 016 831	2,91
Santé physique	148 995 268	10,61	154 249 711	10,31	5 254 443	3,53
<b>Programmes-soutien</b>						
Administration	82 467 460	5,87	85 727 669	5,73	3 260 209	3,95
Soutien aux services	112 515 002	8,01	120 136 396	8,03	7 621 394	6,77
Gestion des bâtiments et des équipements	90 421 610	6,44	96 655 918	6,46	6 234 308	6,89
<b>Total</b>	<b>1 404 853 793</b>	<b>100,00</b>	<b>1 495 942 877</b>	<b>100,00</b>	<b>91 089 084</b>	<b>6,48</b>

Pour plus d'information sur les ressources financières, veuillez consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) disponible sur le site Internet du MSSS ou sur celui du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

### Équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2020, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a réalisé un déficit de 3 031 282 \$. Par conséquent, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

En ce qui concerne le fonds d'exploitation, l'affectation de 3 476 626 \$ à différents projets reconnus par le MSSS se solde par un déficit 283 318 \$. Les surplus des années antérieures grevés d'affectation d'origine interne et externe ont entièrement couvert le déficit présenté.

Pour le fonds d'immobilisation, le déficit de 2 747 964 \$ est entièrement couvert par l'utilisation du solde de fonds cumulé.

## 8.1 LES CONTRATS DE SERVICE

---

### CONTRATS DE SERVICE

	Nombre	Valeur \$
Contrat avec une personne physique	11	857 402,00
Contrat avec un contractant autre qu'une personne physique	179	41 885 942,77
<b>Total des contrats de services</b>	<b>190</b>	<b>42 743 344,77</b>



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

## Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve      O : Observation      C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé      PR : Partiellement Régulé      NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
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
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
Selon le Manuel de gestion financière, l'utilisateur doit être compté une seule fois durant l'exercice pour l'établissement en entier. Étant donné que les numéros de dossier des usagers diffèrent pour chacune des installations, il est difficile pour la direction d'identifier si un même usager s'est présenté dans plusieurs installations durant l'exercice financier. Ainsi, il y a risque d'une	2015-16	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			

surévaluation potentielle, mais cette anomalie ne peut être quantifiée. Les sous-centres d'activités visés sont tous ceux qui sont présents dans plus d'une installation ou pour lesquels le processus de compilation ne permet pas de repérer un même usager qui a utilisé les services dans plus d'une installation.						
CA 7554 - Les informations sur l'unité de mesure « A) Le repas » du sous-centre d'activités 7554 (Alimentation – Autres) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière car les autres aliments vendus n'ont pas tous été considérés pour le calcul du nombre de repas pour les ventes de services. De plus, pour un de nos tests, aucune pièce justificative permettant de valider le repas compté n'était disponible.	2015-16	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 7644 - Les informations sur l'unité de mesure « A) Le mètre carré » du sous-centre d'activités 7644 (Hygiène et salubrité – tâches opérationnelles) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Certaines installations utilisent les mesures extérieures brutes alors que ce sont les mesures intérieures nettes qui sont demandées.	2016-17	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 7703 - Les informations sur l'unité de mesure « A) Le mètre cube » du sous-centre d'activités 7703 (Fonctionnement des installations – Autres) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Notamment, certaines installations utilisent les mesures extérieures brutes alors que ce sont les mesures intérieures qui sont demandées. De plus, des mesures moyennes ou estimées plutôt que réelles ont également été utilisées. Finalement, des calculs découlant de changements en cours d'exercice du nombre de mètres cubes n'ont pas été effectués adéquatement.	2016-17	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 5950 - Les heures travaillées et rémunérées et les informations sur l'unité de mesure « A) Les heures de formation » du centre d'activités 5950 (Formation donnée par le personnel infirmier) ne peuvent être déterminées pour un secteur. Cela a pour	2017-18	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			

incidence de sous-évaluer les coûts et les unités de mesure.						
CA 6307 - Les informations sur l'unité de mesure « A) La visite » du sous-centre d'activités 6307 (Services de santé courants) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Des erreurs ont été relevées dans les informations reportées au tableau cumulatif.	2017-18	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 7001 - Les informations sur l'unité de mesure « A) La présence » du sous-centre d'activités 7001 (Services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration communautaire – Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme), ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Des présences ont été ajoutées manuellement au calendrier et n'ont pas été considérées dans le total. Inversement, des présences ont été considérées en raison d'une erreur de saisie et d'une problématique découlant d'une cyberattaque, mais n'auraient pas dû l'être.	2017-18	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 7163 - Les heures travaillées et rémunérées et les informations sur l'unité de mesure « B) L'utilisateur » du sous-centre d'activités 7163 (Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile) ne sont pas présentées.	2017-18	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 7532 - Les informations sur l'unité de mesure « A) L'admission, la visite et l'utilisateur » du sous-centre d'activités 7532 (Archives) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière car certaines unités des groupes A et C ne sont pas considérées dans le total.	2017-18	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 7690 - Les informations sur l'unité de mesure « A) Le transport d'un usager » du sous-centre d'activités 7690 (Transport externe des usagers) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Notamment, certaines installations ne cumulent pas les transports effectués et procèdent à des estimations.	2017-18	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			

CA 8001 - Les informations sur l'unité de mesure « A) Heures de prestation de services » du sous-centre d'activités 8001 (Accueil, évaluation et orientation – Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Des arrêts de saisie ont eu lieu en cours d'exercice.	2017-18	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 8051 et 8053 - Les informations sur les unités de mesure « A) Heures de prestation de services » et « B) L'utilisateur » des sous-centres d'activités 8051 (Services d'adaptation et de réadaptation à la personne – Déficience intellectuelle) et 8053 (Services d'adaptation et de réadaptation à la personne – Trouble du spectre de l'autisme), sont surévaluées, car certaines proviennent d'activités du sous-centre d'activités 7041 (Ressources résidentielles – Assistance résidentielle continue [déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme]).	2017-18	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 6021, 6022, 6023, 6024, 6025 et 6026 - Les heures travaillées et rémunérées et les informations sur l'unité de mesure « A) Le jour-présence » des différents sous-centres d'activités composant le 6020 (Unités d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes) sont présentées en totalité dans le sous-centre d'activités 6023 (Activités générales de soins aigus) alors que certaines devraient être réparties dans les autres sous-centre d'activités composant le 6020, soit le 6021 (Interventions brèves), le 6022 (Soins intensifs), le 6024 (Activités générales de soins et de traitements pour une longue période), le 6025 (Réadaptation active) et le 6026 (Activités spécialisées).	2018-19	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 6050 - Les informations sur l'unité de mesure « B) L'admission » du centre d'activités 6050 (Soins infirmiers de courte durée aux adultes et aux enfants) n'incluent pas certaines admissions lors d'un transfert d'un autre établissement, ce qui ne répond	2018-19	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			

pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière.						
CA 6332 - Les informations sur l'unité de mesure « B) L'utilisateur » du sous-centre d'activités 6332 (Services d'évaluation et de traitement de deuxième et troisième ligne en santé mentale – 18 ans et plus) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière car des usagers ont été considérés alors qu'ils n'auraient pas dû l'être en raison de l'utilisation inadéquate du rapport fourni.	2018-19	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 6720 - Les informations sur l'unité de mesure « A) La demande de services normalisée et l'intervention » du centre d'activités 6720 (Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) - Services sociaux généraux) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Une problématique d'imputation entre le centre d'activités 6720 et le 6731 a été relevée. Une erreur dans les informations reportées au tableau cumulatif a aussi été relevée.	2018-19	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 6731 - Les informations sur l'unité de mesure « A) L'intervention » du sous-centre d'activités 6731 (Consultation sociale de courte durée) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Une problématique d'imputation entre le centre d'activités 6731 et le 6720 a été relevée.	2018-19	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 6880 - Les informations sur l'unité de mesure « B) Jour-traitement » du sous-centre d'activités 6880 (Ergothérapie) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière car pour au moins un usager, plus d'un jour-traitement a été compté lors de la même journée et pour un autre usager testé, un jour-traitement a été compté alors qu'il ne s'était pas présenté pour son traitement.	2018-19	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			
CA 7801 - Les informations sur l'unité de mesure « A) Le mètre carré » du sous-centre d'activités 7801 (Entretien du parc immobilier et du parc d'équipement non médical et mobilier [propriété CHQ ou établissement public]) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Des calculs découlant de	2018-19	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			



changements en cours d'exercice du nombre de mètres carrés n'ont pas été effectués adéquatement.						
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
Question 2 - L'établissement n'a pas apporté, pour chacune des sections concernées (immobilisations, mobiliers et équipement et autres), les précisions nécessaires à la page 490 pour les autres enveloppes décentralisées attribuées par le MSSS non spécifiquement mentionnées et qui sont présentées aux lignes 5, 9 et 13 de la page 415.	2017-18	C	Une reconstitution des données des établissements fusionnés est nécessaire afin de compiler adéquatement le solde de départ. Les données nécessaires sont incomplètes et ne permettent pas de reconstituer le solde de départ.			NR
Question 4 - L'établissement ne s'est pas conformé à l'article 7 de la <i>Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux</i> puisque le budget adopté par le conseil d'administration de l'établissement et qui est présenté à la page 200 est déficitaire.	2017-18	C	Le budget présenté au conseil d'administration était déficitaire de 16 280 000\$ pour l'année financière 2018-2019. Cependant, les suivis budgétaires rigoureux et la mise en place de mesures d'optimisation ont permis de réduire le déficit à 3 031 282\$.			NR
Question 6 - 1- Il y a plusieurs titres d'emplois liés aux activités de recherche qui sont non conformes à la nomenclature du MSSS de sorte que le taux horaire de rémunération attribué à ces emplois ne peut être validé à une échelle de traitement établie.	2017-18	C	Les validations effectuées par la direction des ressources humaines et des communications ont permis de confirmer que la nomenclature du MSSS relativement au titres d'emplois liés aux activités de recherche est respectée.	R		
Question 6 - 2- L'établissement a versé des primes de soins critiques à des infirmières du Centre antipoison qui ne correspondaient pas aux services prévus dans les conventions collectives nationales.	2017-18	C	Nous avons versé des primes de soins critiques aux infirmières du Centre antipoison du Québec, service qui n'est pas dans la liste des services prévus aux dispositions nationales. Nous avons poursuivi une pratique approuvée par le CA d'un ancien établissement.			NR
Question 6 - 3- Une indemnité compensatoire correspondant aux congés fériés, applicable à un statut de temps partiel selon l'article 5.1 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services	2018-19	C	L'article 5.1 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux a été respecté.	R		

sociaux, a été versée à un cadre supérieur à temps complet pendant deux paies de l'exercice.						
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
C-1 - Nous recommandons au CIUSSSCN de revoir son processus de compilation des obligations contractuelles afin de s'assurer de la qualité de l'information (existence, exhaustivité, évaluation, présentation) relative aux obligations contractuelles présentées au rapport financier annuel.	2017-18	C	En continuité aux actions posées en 2018-2019, l'établissement a, au cours de l'année 2019-2020, effectué la révision et la description du processus de comptabilisation des obligations contractuelles de la GACEQ ce qui inclut l'intégration de l'ensemble des contrats GACEQ à GRM. Le processus de comptabilisation des obligations contractuelles des Loyers SQI et des Autres Loyers a également été revu. Cependant, des anomalies ont été relevées dans les sondages des RIRTF, ces dernières seront adressées au plan d'action de l'Établissement en 2020-2021.		PR	
C-2 - Nous recommandons au CIUSSSCN de revoir le processus d'évaluation des passifs, passifs éventuels, actifs et actifs éventuels découlant de litiges afin d'assurer une comptabilisation et une présentation adéquate au rapport financier annuel.	2017-18	C	En continuité aux actions posées en 2018-2019, l'établissement a, au cours de l'année 2019-2020, révisé la trajectoire de réalisation des travaux d'évaluation des passifs, passifs éventuels, actifs et actifs éventuels découlant de litiges afin de s'assurer d'obtenir la documentation requise afin de supporter les évaluations. Un contrôle a aussi été effectué à la réception des pièces justificatives afin d'en assurer la conformité.	R		
C-3 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place un cadre de référence ou une politique concernant les allocations directes pour le maintien à domicile, de s'assurer de son application et de s'assurer de sa révision périodique.	2017-18	C	Un plan d'action est en cours d'exécution afin de revoir les modalités des allocations directes pour le maintien à domicile. L'implantation du processus est prévue au cours de l'année financière 2020-2021.			NR
C-4 - Nous recommandons au CIUSSSCN d'effectuer et de documenter adéquatement le suivi des projets autofinancés afin d'établir les résultats attendus et la subvention à recevoir – réforme comptable du fonds	2017-18	C	En continuité aux actions posées en 2018-2019, l'établissement a, au cours de l'année 2019-2020, révisé le processus de transfert budgétaire. La	R		

d'immobilisations conformément aux normes comptables et aux principes directeurs du Manuel de gestion financière.			documentation de l'ensemble des projets autofinancés et des transferts budgétaire a été révisée.			
C-5 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place une procédure adéquate afin d'évaluer et de documenter en temps opportun les moins-values, les radiations et les cessions d'actifs.	2017-18	C	Un processus de gestion des radiations, moins values et cessions a été défini pour l'établissement. Ce dernier sera officialisé et mis en place au cours de l'année financière 2020-2021.		PR	
C-6 - Nous recommandons au CIUSSSCN de prendre les mesures requises pour améliorer son processus de préparation des informations requises à la production du rapport financier annuel.	2017-18	C	En continuité aux actions posées en 2018-2019, l'établissement a, au cours de l'année 2019-2020, produit une fiche d'analyse pour chacune des pages de l'AS afin d'apporter des précisions quand au prérequis pour la complétion et la documentation conforme de la page. Un contrôle interne a été mis en place afin de valider l'exhaustivité de la conformité des pièces justificatives soutenant les pages du rapport financier annuel.	R		
C-7 - Nous recommandons au CIUSSSCN de prendre les mesures requises pour s'assurer que les transactions soient comptabilisées dans le bon exercice financier.	2017-18	C	En continuité aux actions posées en 2018-2019, l'établissement a, au cours de l'année 2019-2020, établi une procédure de suivi des courus des services publics afin de s'assurer d'une bonne démarcation, mis en place une procédure de validation systématique des états de compte reçus, mis en place un processus de validation des bons de commande à 0\$ en fin d'année et instaurer un suivi des projets immobiliers en fin d'année afin de traiter la démarcation.	R		
C-8 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place des procédures de révision des informations saisies au système comptable pour s'assurer que l'information financière présentée au rapport financier annuel respecte les normes comptables et les principes directeurs du Manuel de gestion financière.	2017-18	C	En continuité aux actions posées en 2018-2019, l'établissement a, au cours de l'année 2019-2020, déployé un guide des codes secondaires servant de référence pour les ressources de la Direction des Ressources financières et de la Direction de la logistique afin qu'elles imputent adéquatement les dépenses. Le déploiement du guide a	R		

			<p>été accompagné de formation auprès des utilisateurs visés .</p> <p>Afin de s'assurer de la conformité de l'information présentée au rapport financier l'établissement a mis en place des outils et mesures de contrôle incluant une trajectoire claire de reclassement, un contrôle trimestriel des opérations entre apparentés, la production de fiches d'analyse des comptes de bilan permettant d'optimiser la qualité des analyses effectuées. Un contrôle de l'imputation des nouveaux produits produits GRM a été mis en place, en mars 2020. En parallèle, un contrôle de l'imputation de l'historique des produits GRM est en cours. Ce contrôle vise à valider les produits créés avant le mois de mars 2020. En date du 2020-04-01, seulement les produits créés depuis le mois d'octobre 2019 demeuraient en attentes de validation.</p>			
<p>C-9 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place un processus d'analyse des factures en temps opportun afin de valider si les coûts respectent les critères de capitalisation et de procéder aux reclassements s'il lieu.</p>	2017-18	C	<p>En continuité aux actions posées en 2018-2019, l'établissement a, au cours de l'année 2019-2020, former le personnel des services de l'approvisionnement (DL), des comptes à payer (DRF), de la DST et de la DRI sur les notions de base en matière de capitalisation. Un processus de révision des travaux en cours trimestriel en arrimage avec les partenaires a été élaboré et exécuté. Cependant, une procédure sera mise en place en 2020-2021 pour les actifs d'intérêts commun présentés dans les TEC, afin de s'assurer avec le MSSS si ceux-ci doivent être mis en opération.</p>		PR	
<p>C-10 - Nous recommandons au CIUSSSCN de prendre les mesures requises pour s'assurer que les critères de constatation et/ou de report des paiements de transfert sont appliqués conformément à la norme SP3410 Paiements de transfert.</p>	2017-18	C	<p>En continuité aux actions posées en 2018-2019, l'établissement a, au cours de l'année 2019-2020, effectuer une gestion documentaire rigoureuse afin de s'assurer que les critères de constatation et/ou report des paiements de transfert soient appliqués.</p>			NR

C-11 - Nous recommandons au CIUSSSCN, afin de réduire les risques de fraudes et d'erreurs, de revoir la séparation des tâches concernant la création des tuteurs (accès en modification aux coordonnées bancaires) et de la réalisation de paiements aux tuteurs, ou de s'assurer de la mise en place de contrôles compensatoires.	2017-18	C	Afin de contrôler les risques de fraudes et d'erreurs, l'Établissement a mis en place un contrôle interne mensuel visant à cibler et contrôler le paiement des tuteurs SIRTIF.	R		
C-12 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place des procédures afin d'analyser, en temps opportun, si les coûts encourus respectent les critères de capitalisation et de s'assurer du classement adéquat dans les catégories d'immobilisations ou les charges, selon la conclusion.	2017-18	C	En continuité aux actions posées en 2018-2019, l'établissement a, au cours de l'année 2019-2020, réviser le processus de validation des réquisitions d'achat d'immobilisations. Mis en place un outil partagé avec les directions partenaire afin de s'assurer de la bonne complétion des réquisitions et que ces dernières soient comptabilisées au fonds d'immobilisations.	R		
C-13 - Nous recommandons au CIUSSSCN de revoir le processus de gestion des accès pour les applications (GRF Espresso, Espresso GRF Logibec, Virtuo GRF, GRM Espresso). Celui-ci devrait inclure la gestion des demandes de suppression ou de modification d'accès. De plus, celles-ci doivent être documentées, approuvées, conservées et traitées dans un délai raisonnable.	2017-18	C	En continuité aux actions posées en 2018-2019, l'établissement a, au cours de l'année 2019-2020, optimisé son processus de gestion des accès en augmentant la fréquence des contrôles des accès. Le contrôle des accès pour les employés ayant quitté l'Établissement est maintenant à fréquence hebdomadaire, pour les employés nommés la fréquence est par période financière. Un contrôle supplémentaire effectué annuellement consistant à réviser la liste des utilisateurs ayant un profil d'accès élevé a été ajouté.	R		
C-14 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place un processus formel et documenté de révision périodique des codes d'utilisateurs et des droits d'accès.	2017-18	C	En continuité aux actions posées en 2018-2019, l'établissement a, au cours de l'année 2019-2020, optimisé son processus de gestion des accès en augmentant la fréquence des contrôles des accès. Le contrôle des accès pour les employés ayant quitté l'Établissement est maintenant à fréquence hebdomadaire, pour les employés nommés la fréquence est par période financière. Un contrôle		PR	

			supplémentaire effectué annuellement consistant à réviser la liste des utilisateurs ayant un profil d'accès élevé a été ajouté.			
<p>C-15 - Nous recommandons au CIUSSSCN de formaliser le processus de maintenance en respectant les saines pratiques, incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la documentation de l'ensemble des modifications;</li> <li>• la documentation des tests;</li> <li>• l'approbation de la migration en production par le propriétaire ou le pilote;</li> <li>• l'autorisation, la journalisation et le suivi des modifications aux données ou paramètres.</li> </ul>	2017-18	C	En continuité aux actions posées en 2018-2019, l'Établissement a, au cours de l'année 2019-2020, étendu le processus de maintenance des applications de GRF à GRM. Le processus en place comprend la documentation de l'ensemble des modifications aux applications, la réalisation de tests de bon fonctionnement et leurs documentations, l'approbation des migrations en production par le propriétaire de l'application ainsi que la journalisation des modifications des données ou paramètres.	R		
<p>C-16 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place et d'appliquer une procédure formelle et documentée de la gestion des accès pour l'application SIRTF.</p>	2018-19	C	L'Établissement a, au cours de l'année 2019-2020, effectué la description des différents groupes d'accès ainsi que la révision des niveaux d'accès, désactivé les utilisateurs non requis, mis en place un processus de révision des accès afin de retirer les accès des employés ayant quitté le CIUSSSCN. De plus, l'Établissement est en cours d'écriture d'un document présentant le processus de gestion des accès. Des travaux sont actuellement effectués afin de gérer les accès des employés ayant changé d'emploi en sein de l'Établissement.		PR	
<p>C-17 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place un processus de suivi des revenus reportés appuyé par une documentation appropriée et adéquate, conformément aux normes comptables.</p>	2018-19	C	L'Établissement a, au cours de l'année 2019-2020, élaboré un processus de suivi des revenus reportés ainsi qu'un outil de suivi permettant de se conformer aux normes comptables.	R		
<p>C-18 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place une procédure pour encadrer l'imputation des dépenses et unités de mesure en lien avec le programme de soutien d'aide à domicile, afin d'en assurer la</p>	2018-19	C	L'Établissement, au cours de l'année 2019-2020, s'est assuré que la procédure d'encadrement de l'imputation des dépenses et unités de	R		



conformité avec les explications et définitions du Manuel de gestion financière.			mesure en lien avec le programme de soutien d'aide à domicile est conforme relativement aux explications et définitions du Manuel de gestion financière.			
--	--	--	--	--	--	--

# 10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés	
1	Nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations <sup>1</sup>	2	Sans objet	Sans objet
2	Nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) <sup>2</sup>	Sans objet	2	Sans objet
3	Nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22	Sans objet	1	Sans objet
4	Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent			
	Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	Sans objet	Sans objet	Sans objet
	Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie	Sans objet	Sans objet	Sans objet
	Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui	Sans objet	1	Sans objet
	Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité	Sans objet	Sans objet	Sans objet
	Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement	Sans objet	Sans objet	Sans objet
	Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment	Sans objet	Sans objet	Sans objet
5	Nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations	Sans objet	1	Sans objet
6	Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés	Sans objet	Sans objet	0
7	Parmi les divulgations reçues (point 1), nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé	Sans objet	Sans objet	Sans objet
8	Nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 <sup>3</sup>	0	Sans objet	Sans objet

1. Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.
2. Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple : un divulgateur peut invoquer le fait que son gestionnaire a utilisé les biens de l'état à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offre.
3. Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi, est répertorié à ce point.

# 11. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

## 11.1 LES SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), le CIUSSS de la Capitale-Nationale octroie des subventions selon deux principaux modes de financement. Le premier mode soutient la mission globale des organismes communautaires œuvrant principalement dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il s'agit du pourcentage le plus important de l'enveloppe budgétaire.

Le second mode de financement, 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 aussi viser des organismes dont le financement de la mission globale relève d'un autre ministère.

Pour ces deux modes de financement, 50 153 835 \$ ont été accordés pour l'année 2019-2020 dans la région (incluant une indexation de 1,8 %). On trouvera dans les tableaux suivants un aperçu des 277 organismes (245 organismes soutenus en mission globale, dont 26 points de service associés à des organismes déjà existants, et 32 en activités spécifiques).

En 2019-2020, deux nouvelles ressources ont obtenu une reconnaissance de leur mission globale à titre d'organisme communautaire autonome au PSOC. Un organisme a cessé ses activités.

En cours d'année, un montant de 2 827 900 \$, accordé par le MSSS afin de rehausser le financement du PSOC, a permis à 165 organismes de la région (67 % des organismes) de bénéficier d'une majoration minimale de 5 000 \$ de leur financement en mission globale. La répartition de cette enveloppe régionale s'est faite dans le respect des critères ministériels et des orientations régionales du PSOC.

Il existe d'autres modes de financement des organismes communautaires, hors PSOC, permettant d'offrir un soutien dans le cadre d'ententes de service, de projets ponctuels. Ces modes de financement représentent un total de 5 771 505 \$ pour l'année 2019-2020. Certains

organismes communautaires reçoivent également du financement de la part des directions cliniques de l'établissement; ces montants ne sont pas répertoriés dans ce rapport.

Le CIUSSS dispose d'une politique régionale de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires. Le comité de mise en application de la politique (CMAP) est une instance locale composée de deux représentants d'organismes communautaires désignés par le Regroupement des organismes communautaires de la Capitale-Nationale (ROC 03) et de représentants du CIUSSS. Le mandat du CMAP consiste à proposer au conseil d'administration du CIUSSS un avis sur l'acceptation ou le refus des demandes de reconnaissance ou sur le retrait de la reconnaissance d'un organisme, proposer des avenues de solutions 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.

### **Gestion de la reddition de compte 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 compte dans les trois mois suivant la fin de leur année financière. Les documents exigés sont les suivants :

- un rapport financier ayant le niveau de vérification comptable adéquat. Ce document doit avoir été présenté en assemblée générale annuelle;
- un rapport d'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 compte qui comprend :

- un rappel des obligations de dépôt de reddition de compte;
- 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 compte des organismes financés par le PSOC, de même que pour les autres

modes de financement, se fait par une collaboration entre l'équipe de soutien aux organismes communautaires et les directions impliquées dans chacun des dossiers concernés.

Pour les organismes subventionnés au volet Activité spécifique, les modalités de reddition de compte sont indiquées dans la lettre précisant annuellement le financement accordé.

## SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

	Subvention 2019-2020 \$
Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)	
<b>Financement accordé en</b>	
Mission globale	42 769 778
Activités spécifiques	7 384 057
<b>Financement accordé hors PSOC</b>	5 771 505

## NOMBRE D'ORGANISMES FINANCÉS AU PSOC 2019-2020

Mission globale	219
Activités spécifiques	32
Points de service	26
<b>Total</b>	<b>277</b>

## 11.2 LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – MISSION GLOBALE ET ACTIVITÉ SPÉCIFIQUE

Organisme communautaire	2018-2019 \$	2019-2020 \$
Action bénévole de Saint-Basile Inc.	5 628	5 729
Adaptavie Inc.	118 455	120 587
Aide à la communauté et services à domicile	50 645	51 557
Aidons-Lait	65 800	66 984
Albatros Québec	40 640	68 621
Allaitement Québec	72 376	85 000
Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement (AGIR en santé mentale)	74 839	76 186
Alternative jeunesse Mont-Sainte-Anne	62 759	63 889
Amarrage (L')	402 435	426 679
Amicale Alfa de Québec	75 717	111 670
Ancrage de l'Isle-aux-Coudres (L')	70 800	72 074
Arc-en-ciel Organisme communautaire en santé mentale et points de service de Saint-Casimir, Saint-Raymond	663 592	711 244
Arche L'Étoile Inc. (L')	459 609	467 882
Archipel d'entraide (L')	313 717	319 364
Association Alti	110 049	112 030
Association bénévole Côte de Beaupré	161 612	175 022
Association Bénévole de l'Île-d'Orléans (L')	84 388	92 908
Association canadienne pour la santé mentale (région de Québec) Inc.	147 609	161 766
Association de fibromyalgie - région de Québec	58 736	66 333
Association des grands brûlés (L') F.L.A.M.	202 767	206 417
Association des handicapés respiratoires de Québec (1984) Inc.	37 592	38 269
Association des personnes avec une déficience de l'audition	90 278	101 941
Association des personnes handicapées de Charlesbourg	113 372	115 412
Association des personnes handicapées de Charlevoix Inc.	81 436	90 145
Association des personnes handicapées de Portneuf	77 859	95 645
Association des personnes intéressées à l'aphasie et à l'accident vasculaire cérébral (APIA-AVC) – ARTÈRE	82 197	90 145
Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec (03)	99 549	108 341
Association des proches aidants de la Capitale-Nationale	82 126	83 603

Organisme communautaire	2018-2019 \$	2019-2020 \$
Association des Sourds de Québec Inc.	16 247	16 539
Association des T.C.C. des deux rives (L') (Québec - Chaudière-Appalaches)	77 859	90 145
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A.) Québec Métro (03-12) Inc.	91 573	105 720
Association pour l'intégration sociale (L') (Région de Québec)	74 811	95 645
Association Y.W.C.A. de Québec	209 932	313 606
Atelier de la mezzanine	162 820	165 751
Autisme Québec	151 727	165 958
AutonHommie (L'), Centre de ressources sur la condition masculine (Québec) Inc.	222 873	335 385
Auto-Psy (région de Québec)	177 316	180 508
Autre avenue (L'), organisme de justice alternative - Équijustice	660 978	672 876
Baratte (La) - La Belle Visite	52 799	53 749
Bénévolat Michel Sarrazin	82 906	84 398
Bénévolat Saint-Sacrement Inc.	123 777	126 005
Boussole (La), Regroupement des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale	377 649	384 447
Butineuse de Vanier Inc. (La)	84 176	92 691
C.E.R.F. Volant de Portneuf Inc.	13 208	13 446
Cabanon (Le) Maison des jeunes de Lac-Beauport	91 340	111 670
Café rencontre du Centre-Ville (Québec) Inc.	89 158	98 523
CALACS de Charlevoix	244 615	249 018
Carrefour de l'Amitié Charlesbourg	134 540	136 962
Carrefour des proches aidants de Québec	120 780	129 954
Carrefour familial des personnes handicapées	139 591	148 104
Centre Bonne-Entente	142 487	166 052
Centre CASA (1997)	164 686	167 650
Centre Communautaire l'Amitié Inc. (Le)	230 136	246 778
Centre communautaire Pro-Santé Inc.	182 337	190 619
Centre d'action bénévole Aide 23	161 562	174 970
Centre d'action bénévole de Charlevoix	161 592	175 001
Centre d'action bénévole de Québec	137 230	139 700
Centre d'action bénévole du Contrefort	161 616	175 026
Centre de crise de Québec	2 581 428	2 627 894
Centre de jour Feu Vert Inc. et points de service de Beauport, Sainte-Brigitte-de-Laval	308 024	326 007
Centre de jour L'Envol Inc.	118 068	135 593
Centre de parrainage civique de Québec Inc. (Le)	133 298	141 697



	2018-2019 \$	2019-2020 \$
<b>Organisme communautaire</b>		
Centre de prévention du suicide C.P.S.	899 333	915 521
Centre de prévention du suicide de Charlevoix et point de service Baie-Saint-Paul	266 903	271 707
Centre de traitement des dépendances Le Rucher	250 080	261 581
Centre d'entraide du trouble affectif bipolaire de Québec	147 509	161 664
Centre d'entraide Émotions	121 039	130 218
Centre des femmes de Charlevoix	217 275	229 685
Centre des femmes de la Basse-Ville (Le)	240 595	251 926
Centre femmes aux 3 A de Québec Inc.	232 220	248 900
Centre femmes de Portneuf	40 000	90 145
Centre international des femmes, Québec	198 518	210 591
Centre Multi-Services 16-30 ans La Source	50 657	51 569
Centre résidentiel et communautaire Jacques-Cartier (Le)	130 787	148 541
Centre ressources pour femmes de Beauport (CRFB)	197 808	209 869
Centre Signes d'Espoir	239 533	243 845
Centre social de la Croix Blanche (région de Québec)	220 283	232 748
Centre-Femmes aux Plurielles	199 488	211 579
Centre-Femmes d'aujourd'hui	198 592	216 167
Centrespoir-Charlesbourg Inc. (Le)	95 316	109 532
Centr'Hommes Charlevoix	40 000	76 670
Cercle Polaire (Le)	149 224	163 410
Chantelait	65 800	90 145
Club bon cœur des cardiaques de Charlevoix Inc.	80 024	95 645
Club cardio-santé de Charlevoix Inc.	77 650	90 145
Collectif d'accompagnement à l'accouchement (Le) « Les Accompagnantes »	119 460	134 110
Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap CAPVISH (Le)	102 461	104 305
Comité d'aide aux femmes sourdes de Québec	126 259	134 532
Comité de la popote de Clermont	7 112	7 240
Comité de volontariat de quartier Limoilou-Sud Inc.	59 800	60 876
Comité Neuville se souvient	16 967	19 772
Comité Vas'y de Saint-Raymond	159 180	168 045
Communautés Solidaires	65 800	94 984
Contact-Aînés	37 512	38 187
Corporation d'animation L'Ouvre-Boîte du Quartier et point de service Place de la Rive	243 368	285 272
Corporation jeunesse l'Évasion l'Ormière	88 305	111 670
Courtepointe (La)	59 161	90 145

	2018-2019 \$	2019-2020 \$
Organisme communautaire		
Croissance-Travail	978 985	996 607
Cuisine collective Beauport	66 857	95 645
Demi-Lune	132 959	145 252
Diabétiques de Québec (Les)	40 640	41 372
Dysphasie Québec	115 915	130 501
Entr'actes, Productions artistiques	121 715	142 906
Entraide Agapè	87 743	96 322
Entraide communautaire Le Halo (L')	161 568	174 976
Entraide des aînés de Sillery	84 328	85 846
Entraide du Faubourg Inc.	218 234	236 162
Entraide jeunesse Québec	124 083	126 316
Entraide Les Saules Inc. (L')	70 328	71 594
Entraide Naturo-Lait	82 152	83 631
Entraide Sainte-Foy	118 187	142 314
Épilepsie Section de Québec	65 800	90 145
Équipe bénévole de l'Institut (L')	31 283	31 846
ESPACE région de Québec	200 239	203 843
Évasion Saint-Pie X (L')	244 252	255 649
Éveil Charlevoisien (L') et point de service de Baie-Saint-Paul	394 124	429 119
Fondation de la greffe de moelle osseuse de l'Est du Québec	31 656	32 226
Fondation fête d'enfant dédè Inc. (fermé en octobre 2018)	7 920	–
Forum Jeunesse Charlevoix Ouest et points de service Le Repère de la petite rivière Saint-François, Saint-Hilarion	220 643	248 389
Fraternité Sainte-Marie de Ville de Vanier Inc. (La)	174 411	188 049
G.A.P.I. Groupe d'aide aux personnes impulsives (ayant des comportements violents)	353 499	444 862
Gîte Jeunesse Inc. et point de service de Sainte-Foy	500 818	523 834
Grand chemin Inc. (Le)	443 497	451 480
Grands frères et Grandes sœurs de Québec Inc. (Les)	76 972	90 145
GRIS-Québec	103 666	92 172
Groupe action jeunesse de Charlevoix et points de service de La Malbaie, Saint-Siméon, Saint-Aimé-des-Lacs	256 600	291 810
Laura Lémerveil	78 800	105 145
Libre Espace Côte-de-Beaupré Inc.	118 068	135 593
Magnifique Inc. (Le)	60 800	90 145
Mains de l'Espoir de Charlevoix Inc. et point de service de Baie-Saint-Paul	133 075	157 470

	2018-2019 \$	2019-2020 \$
<b>Organisme communautaire</b>		
<b>Maison communautaire Missinak Ressource d'hébergement et de ressourcement pour femmes autochtones et leurs familles</b>	568 822	593 061
Maison d'aide Villa Saint-Léonard	167 859	170 880
Maison de Job	215 295	272 670
Maison de la famille DAC (Droit d'accès Charlesbourg)	40 945	41 682
Maison de la famille D.V.S. (La)	400 202	407 406
Maison de la famille de Charlevoix	31 699	32 270
Maison de Lauberivière, aide aux adultes en difficulté	299 633	363 999
Maison de Marthe (La)		53 322
Maison d'entraide l'Arc-en-ciel Inc.	173 559	185 183
Maison des femmes de Québec (La)	758 149	771 796
Maison des jeunes « La Marginale » Inc. (La) et point de service L'Entre-Ados	168 360	193 728
Maison des jeunes de Beauport Est et point de service L'Aventurier de Montmorency	176 943	196 847
Maison des jeunes de Beauport Ouest et point de service L'Alibi de Cambert	173 203	193 160
Maison des jeunes de Boischatel (La)	113 764	125 712
Maison des jeunes de Cap-Rouge Inc. (La)	137 756	140 236
Maison des jeunes de Duberger	88 399	111 670
Maison des jeunes de L'Ancienne-Lorette	116 052	128 041
Maison des jeunes de l'Île d'Orléans et point de service de Saint-Pierre	132 239	159 898
Maison des jeunes de Neuville	67 759	111 670
Maison des jeunes de Notre-Dame-des-Monts (La)	67 759	111 670
Maison des jeunes de Pont-Rouge 125 Inc. (La)	88 929	111 670
Maison des jeunes de Saint-André de Neufchâtel (La)	88 396	111 670
Maison des jeunes de Saint-Augustin-de-Desmaures Inc. (La) et point de service L'Illusion	143 795	159 898
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-de-Laval	66 465	111 670
Maison des jeunes de Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	88 399	111 670
Maison des jeunes de Saint-Émile	62 759	63 889
Maison des jeunes de Saint-Ferréol-les-Neiges et point de service La Zone	123 872	126 100
Maison des jeunes de Saint-Raymond Inc. (La)	41 152	59 152
Maison des jeunes de Sillery Inc. (La) - L'Élément Inc.	100 471	111 670
Maison des jeunes de Wendake Inc. (La)	73 139	74 456
Maison des jeunes du Lac-Saint-Charles Inc.	115 642	127 624
Maison des jeunes du quartier Saint-Jean-Baptiste (La)	160 806	173 601
Maison des jeunes La Baraque des Éboulements	40 000	111 670
Maison des jeunes La Parenthèse (La)	135 776	148 120

	2018-2019 \$	2019-2020 \$
Organisme communautaire		
Maison des jeunes l'Atôme	68 057	111 670
Maison des jeunes L'Envol de Sainte-Foy Inc.	134 573	146 895
Maison des jeunes l'Escapade de Val-Bélair	152 225	179 865
Maison des jeunes l'Exode de Limoilou (La)	132 449	144 733
Maison des jeunes l'Intégrale Inc. (La) et points de services Thuyas, Sud	216 524	244 198
Maison du cœur pour femmes	691 734	704 185
Maison Hélène-Lacroix	725 661	738 723
Maison La Montée (La) et point de service de Baie-Saint-Paul (fermé en janvier 2019)	750 920	716 481
Maison l'Éclaircie	313 295	318 934
Maison Marie-Frédéric	404 734	412 019
Maison Marie-Rollet	780 512	794 561
Maison Oxygène Vers l'Autonomie		225 000
Maison pour femmes immigrantes	781 228	795 290
Maison Richelieu Hébergement Jeunesse Inc.	409 587	433 960
Mamie-Lait	60 800	80 794
Marée (La) Regroupement des parents & amis de la personne atteinte de maladie mentale et point de service de Baie-Saint-Paul	267 110	283 918
Mères et monde Centre communautaire et résidentiel par et pour jeunes mères	68 736	117 170
Mieux-Être des Immigrants (Le)	80 063	90 145
Mirépi, Maison d'hébergement Inc.	762 308	776 030
Moisson Québec Inc.	85 811	99 955
Mouvement des services à la communauté du Cap-Rouge Inc.	93 988	95 680
Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-sida à Québec (MIELS-Québec)	628 013	639 317
Odyssée Bleue Inc. (L')	60 800	78 744
Œuvres de la Maison Dauphine Inc. (Les)	228 874	239 994
Organisation communautaire d'écoute et d'aide naturelle (OCÉAN)	159 177	173 542
Organisation pour la santé mentale œuvrant à la sensibilisation et à l'entraide (O.S.M.O.S.E.)	118 365	127 496
Organisation québécoise des personnes atteintes du cancer (1984) Inc.	110 015	111 995
Parents-Espoir	65 800	90 145
Parkinson région Québec Chaudière-Appalaches	55 215	56 209
Passage (Le), Centre de thérapie familiale en toxicomanie	80 236	90 145
Pavois (Le) Programme d'activités valorisantes offrant interaction et soutien	908 415	924 766
Pavois de Loretteville (Le)	116 764	118 866
Pavois de Sainte-Foy (Le)	159 645	162 519


	2018-2019 \$	2019-2020 \$
Organisme communautaire		
Perséides, soutien au deuil périnatal (Les)	40 000	90 145
Petit Répît (Le)	38 071	38 756
Pilier Jeunesse - Maison des jeunes de Les Saules et de Lebourgneuf Inc. (La) et point de service Le Rado de Lebourgneuf	183 258	208 895
Piolet (Le)	55 640	117 170
Point de Repères (1990) Inc.	482 506	491 191
Popote de Charlesbourg (La)	78 740	80 157
Popote et Multi-Services	149 058	157 741
Popote Roulante Laval Inc.	27 823	28 324
Présence-Famille Saint-Augustin	79 223	95 645
Programme d'encadrement clinique et d'hébergement P.E.C.H.	1 193 144	1 214 621
Projet L.U.N.E.	68 640	135 145
Projet-Intervention-Prostitution Québec Inc.	209 440	213 210
Regroupement action prévention jeunesse des Laurentides	115 309	132 785
Regroupement des Aînés de Saint-Émile	9 286	9 453
Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix)	19 199	19 545
Regroupement des organismes communautaires de la région 03	246 089	250 519
Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03 (ROP 03)	17 361	17 673
Regroupement des personnes handicapées visuelles (régions 03-12)	143 305	151 884
Regroupement des stomisés Québec-Lévis Inc.	13 915	14 165
Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec Inc.	57 665	58 703
Regroupement pour l'intégration sociale de Charlevoix	85 652	94 194
Relais d'Espérance	97 467	117 170
Relais la Chaumine Inc.	292 492	297 757
Relevailles Québec	145 798	252 624
Résidence Le Portail	269 788	274 644
Ressource Génésis Charlevoix Inc.	78 541	79 955
Ressources familiales La Vieille caserne de Montmorency	66 201	90 145
Ruche Vanier Inc. (La)	82 790	105 145
S.O.S. Grosse	83 394	92 894
SAIRAH Service d'autonomisation, d'intégration et de réadaptation aux adultes ayant un handicap Inc.	67 311	68 523
Service Amical Basse-Ville Inc.	218 206	245 634

	2018-2019 \$	2019-2020 \$
Organisme communautaire		
Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (S.A.A.I.)	121 726	123 917
Service d'aide communautaire de Charlevoix-Est		53 322
Service d'entraide Basse-Ville Inc.	158 326	161 176
Service d'entraide communautaire Rayon de Soleil	116 256	118 349
Service d'entraide l'Espoir (Québec)	117 994	130 018
Service d'entraide Rocamadour	138 713	141 210
Service familial d'accompagnement supervisé	63 086	64 222
Service pour hommes impulsifs et colériques de Charlevoix et point de service de Baie-Saint-Paul	221 367	297 371
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec Inc.	124 945	155 488
Services TDAH & + (Ancien nom : Association PANDA Capitale-Nationale)	114 496	129 057
Sexplique	116 408	118 503
Société Alzheimer de Québec (La) et point de service de Charlevoix	150 799	180 513
Société de Saint-Vincent de Paul de Québec (La)	42 193	42 952
Société Grand Village Inc. (La)	10 087	10 269
Solidarité Familles	63 865	117 170
SQUAT Basse-Ville	274 378	319 106
Tel-Aide Québec Inc.	137 856	140 337
Trame d'actions et d'initiatives concertées (T.R.A.I.C.) jeunesse	170 069	187 130
TRIP Jeunesse Beauport	104 656	117 170
Unité Domrémy de Clermont Inc.	67 759	87 979
Verger (Le), centre communautaire en santé mentale	117 931	132 554
Violence Info	226 415	230 490
Viol-Secours	389 393	396 402
Vision d'Espoir de Sobriété	132 322	134 704
Divers autres OC R03		12 476
<b>total</b>	<b>45 985 152</b>	<b>50 153 835</b>



# ANNEXE

## ANNEXE 1 – LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale</p> <p><b>Québec</b> </p>	<b>POLITIQUE</b>
	Code : <b>R-02</b>
	Direction responsable : Direction des affaires juridiques et institutionnelles Approuvée par : N/A
	Approuvée (ou adoptée) au comité de direction le : N/A
	Adopté par le conseil d'administration le : 8 mars 2016 Résolution no : <b>CA-CIUSSS-2016-03[90]-08</b>
	Entrée en vigueur le : 8 mars 2016
<b>TITRE : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration</b>	

<p><b>CONSULTATIONS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Conseil des infirmières et infirmiers :</p> <p><input type="checkbox"/> Conseil multidisciplinaire :</p> <p><input type="checkbox"/> Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens :</p>	<p><input type="checkbox"/> Cadres :</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Comité de gouvernance et d'éthique</p>
---	---

## TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	3
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	6
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	9
Section 4 — APPLICATION.....	10
Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	16
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	17
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	18
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	19
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	20
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	21
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	22

## PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

### Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### 1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

#### 2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

### 3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

*Code* : Code d'éthique et de déontologie des membres proposé par le Ministère et approuvé par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

*Comité d'examen ad hoc* : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

*Conseil* : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

*Conflit d'intérêts* : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

*Conjoint* : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

*Entreprise* : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

*Faute grave* : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

*Intérêt* : Désigne tout intérêt notamment de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique.

*LMRSS* : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

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

*Membre* : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

*Personne indépendante* : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

*Personne raisonnable* : Un individu qui fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances<sup>1</sup>.

*Renseignements confidentiels* : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

#### **4. Champ d'application**

Tout membre du conseil d'administration est assujéti aux règles du présent Code.

#### **5. Disposition finale**

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique lorsque ce dernier le juge nécessaire et au moins tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

---

<sup>1</sup> BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

## 6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

## Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

### 7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.



## 8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et pros crit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

### 8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

### 8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

### 8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

### 8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

### 8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la

vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

#### **8.6 Considérations politiques**

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

#### **8.7 Relations publiques**

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci à le faire.

#### **8.8 Charge publique**

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

#### **8.9 Biens et services de l'établissement**

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

#### **8.10 Avantages et cadeaux**

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de

l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

#### **8.11 Interventions inappropriées**

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

### **Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS**

**9.** Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

**10.** Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

**11.** Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
- c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
- d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

**12.** Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration annuellement les intérêts pécuniaires qu'il détient dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

**13.** Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V et ce, dès qu'il prend connaissance de l'existence de cet intérêt.

**14.** Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

**15.** La donation ou le legs fait au membre du conseil qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou , sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur est soigné ou reçoit des services de l'établissement pour lequel il siège au conseil d'administration.

#### **Section 4 – APPLICATION**

##### **16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs**

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les trente (30) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les trente (30) jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

##### **17. Comité de gouvernance et d'éthique**

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;

- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

## **18. Comité d'examen *ad hoc***

**18.1** Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes, dont au moins un membre du comité de gouvernance et d'éthique. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut également être composé de ressources autres ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

**18.2** Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

**18.3** Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
- c) faire des recommandations au comité de gouvernance et d'éthique sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

**18.4** La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

**18.5** Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

## **19. Processus disciplinaire**

**19.1** Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

**19.2** Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

**19.3** Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

**19.4** Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

**19.5** Tout membre du comité d'examen *ad hoc* qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

**19.6** Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen *ad hoc*, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

**19.7** Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

**19.8** Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

- a) un état des faits reprochés;
- b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;



- c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
- d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

**19.9** Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

**19.10** Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**19.11** Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

**19.12** Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**19.13** Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

## **20. Notion d'indépendance**

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

## **21. Obligations en fin du mandat**

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

# ANNEXES

## Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le \_\_\_\_\_, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le \_\_\_\_\_.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé(e) par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai \_\_\_\_\_, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu
_____	_____	
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

## Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

### AVIS SIGNÉ

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale due aux faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

### Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées],  
membre du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale, déclare les éléments  
suivants :

#### 1. Intérêts pécuniaires

Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou  
entreprise commerciale.

Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises  
commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises  
concernées] :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2. Titre d'administrateur

Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une  
entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme  
membre du \_\_\_\_\_.

J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise  
ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat  
comme membre du \_\_\_\_\_. [nommer les personnes  
morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié(e) par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation  
le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de  
déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs  
du CIUSSS de la Capitale-Nationale à m'y conformer.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]

\_\_\_\_\_  
Lieu



## Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

<p>Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :</p>		
<b>1. Intérêts pécuniaires</b>		
<input type="checkbox"/> Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.		
<input type="checkbox"/> Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :		
_____		
_____		
_____		
<b>2. Titre d'administrateur</b>		
<input type="checkbox"/> Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.		
<input type="checkbox"/> J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:		
_____		
_____		
_____		
<b>3. Emploi</b>		
<p>« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.</p> <p>Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).</p>		
En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale à m'y conformer.		
_____	_____	_____
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu

**Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts**

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du \_\_\_\_\_ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]

\_\_\_\_\_  
Lieu

## Annexe VI – Signalement d’une situation de conflits d’intérêts

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, estime que le membre suivant : \_\_\_\_\_, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

Je demande que le conseil d’administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d’éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d’examiner s’il existe ou non une situation de conflit d’intérêts apparente, réelle ou potentielle.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]

\_\_\_\_\_  
Lieu

## Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]

\_\_\_\_\_  
Lieu

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale*

Québec 