



2023

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

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

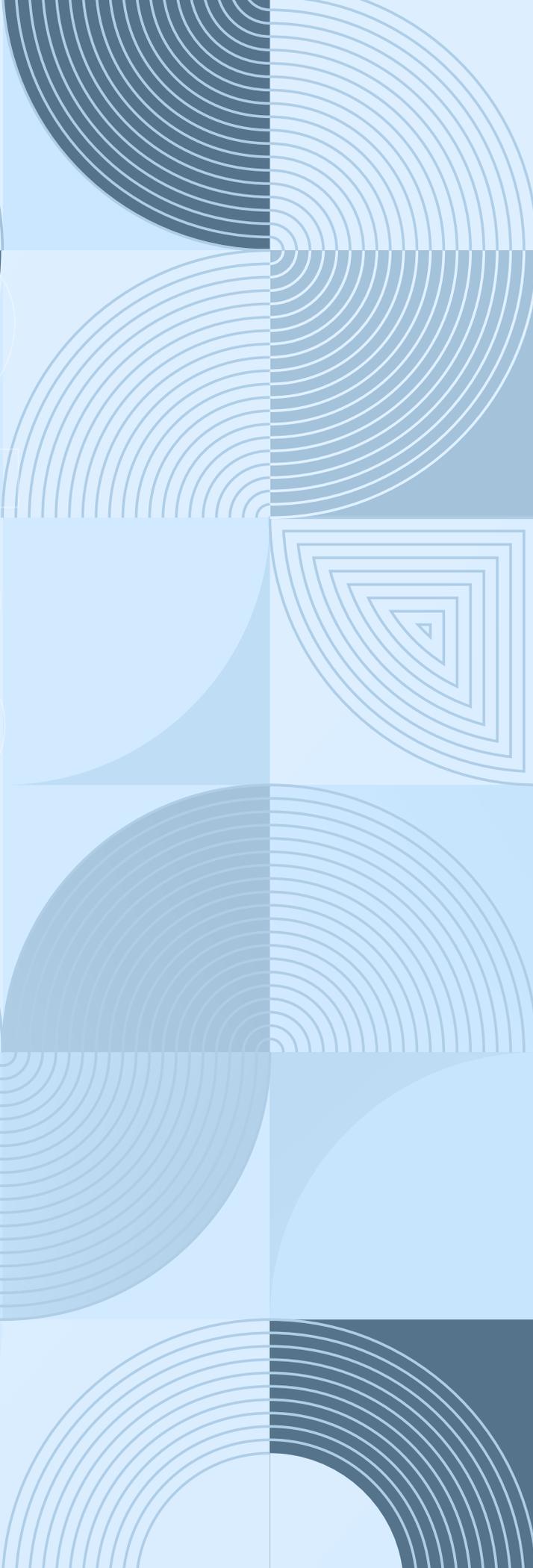
Québec 



Ce rapport annuel de gestion est disponible
en ligne sur le site Web du CIUSSS de la
Capitale-Nationale.

©Gouvernement du Québec, 2023

Dépôt légal – 3^e trimestre 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-95728-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-95729-4 (PDF)



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2022-2023

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Québec 

TABLE DES MATIÈRES

1	LE MESSAGE DES AUTORITÉS	7		
2	LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ	9		
3	LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	10		
3.1	La présentation de l'établissement	10		
3.1.1	Organigramme	14		
3.2	Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	16		
3.2.1	Conseil d'administration (CA)	16		
3.2.2	Comités, conseils et instances consultatives	17		
3.3	Les faits saillants des directions	21		
3.3.1	Direction générale	21		
3.3.2	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU)	25		
3.3.3	Direction de la logistique (DL)	26		
3.3.4	Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)	26		
3.3.5	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)	27		
3.3.6	Direction de la recherche (DR)	29		
3.3.7	Direction de la vaccination (DV)	32		
3.3.8	Direction de santé publique (DSPu)	32		
3.3.9	Direction des affaires juridiques, institutionnelles et corporatives (DAJIC)	33		
3.3.10	Direction des programmes Déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme, et Déficience physique (DDITSADP)	34		
3.3.11	Direction des programmes Santé mentale, Dépendances et Itinérance (DSMDI)	35		
3.3.12	Direction des ressources financières (DRF)	36		
3.3.13	Direction des ressources humaines et des communications (DRHC)	36		
3.3.14	Direction des services multidisciplinaires (DSM)	37		
3.3.15	Direction des services professionnels (DSP)	38		
3.3.16	Direction des services techniques (DST)	39		
3.3.17	Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP)	39		
3.3.18	Direction du programme Jeunesse (DJ)	40		
3.3.19	Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)	41		
4	LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	43		
5	LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	56		
5.1	L'Agrément	56		

5.2	La sécurité et la qualité des soins et des services	57	8 LES RESSOURCES FINANCIÈRES	72	
5.2.1	Mesures de contrôle	58	8.1	L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	72
5.2.2	Prévention et contrôle des infections	58	8.2	L'équilibre budgétaire	73
5.3	Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	60	8.3	Les contrats de service	73
5.4	Le Protecteur du citoyen	60	9 LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	74	
5.5	Les recommandations du coroner	63	10 L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	78	
5.6	Les recommandations issues des autres instances	64	11 LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES	80	
5.7	Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission	64	12 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	81	
5.8	L'examen des plaintes et la promotion des droits	65	12.1	Les subventions aux organismes communautaires	81
5.9	L'information et la consultation de la population	66	12.2	Le programme de soutien aux organismes communautaires — Mission globale et Activités spécifiques	83
6	L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	67	Annexe 1	Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	93
7	LES RESSOURCES HUMAINES	70			
7.1	Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné	70			
7.2	La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public	71			

**MERCI À NOS QUELQUE
20 000 EMPLOYÉS QUI,
JOUR APRÈS JOUR,
TÉMOIGNENT DES VALEURS
QUI NOUS ANIMENT,
COMME LA BIENVEILLANCE,
L'AUDACE ET LA COLLABORATION,
TOUT EN OFFRANT
LE MEILLEUR D'EUX-MÊMES
AU BÉNÉFICE DU MIEUX-ÊTRE
DE LA POPULATION
DE LA CAPITALE-NATIONALE.**

LE MESSAGE DES AUTORITÉS

L'année 2022-2023 a été marquée par le déploiement, la reprise ou la poursuite de multiples activités et chantiers du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux (CIUSSS), maintenant que la pandémie est terminée et que les risques liés à la transmission de la COVID-19 sont minimisés.

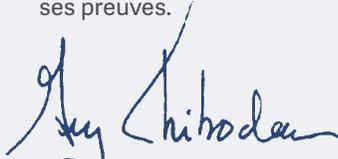
Cette urgence sanitaire a provoqué toute une transformation du paysage social. Pour faire face à ce contexte extraordinaire, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a notamment établi et maintenu des ententes avec différents organismes et, ces collaborations perdurent et évoluent encore aujourd'hui.

La force des partenariats

Dans le contexte postpandémique, nous observons une hausse de la demande en services. Par le concours des différentes collaborations initiées pendant la pandémie, le CIUSSS est en mesure d'offrir une meilleure réponse, tout en augmentant sa capacité à desservir la population par différentes initiatives.

En cours d'année, la mise en place de la Clinique d'urgence mineure située à l'Hôpital Jeffery Hale et du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) a présenté de formidables exemples de concertation des efforts et d'innovation dans la recherche de solutions, avec pour résultat concret de mieux desservir la population.

Avec l'appui de ces partenaires, il est possible de rééquilibrer l'offre de services, tout en conservant et en améliorant l'accès aux soins, en absorbant la demande croissante et en facilitant le passage entre les différentes trajectoires de services. La collaboration intersectorielle des équipes du CIUSSS, des acteurs du milieu de la santé, des organismes, des communautés, des écoles, des différents milieux de vie et territoires continue de faire ses preuves.



Guy Thibodeau
Président-directeur général



Monique Carrière
Présidente du conseil d'administration

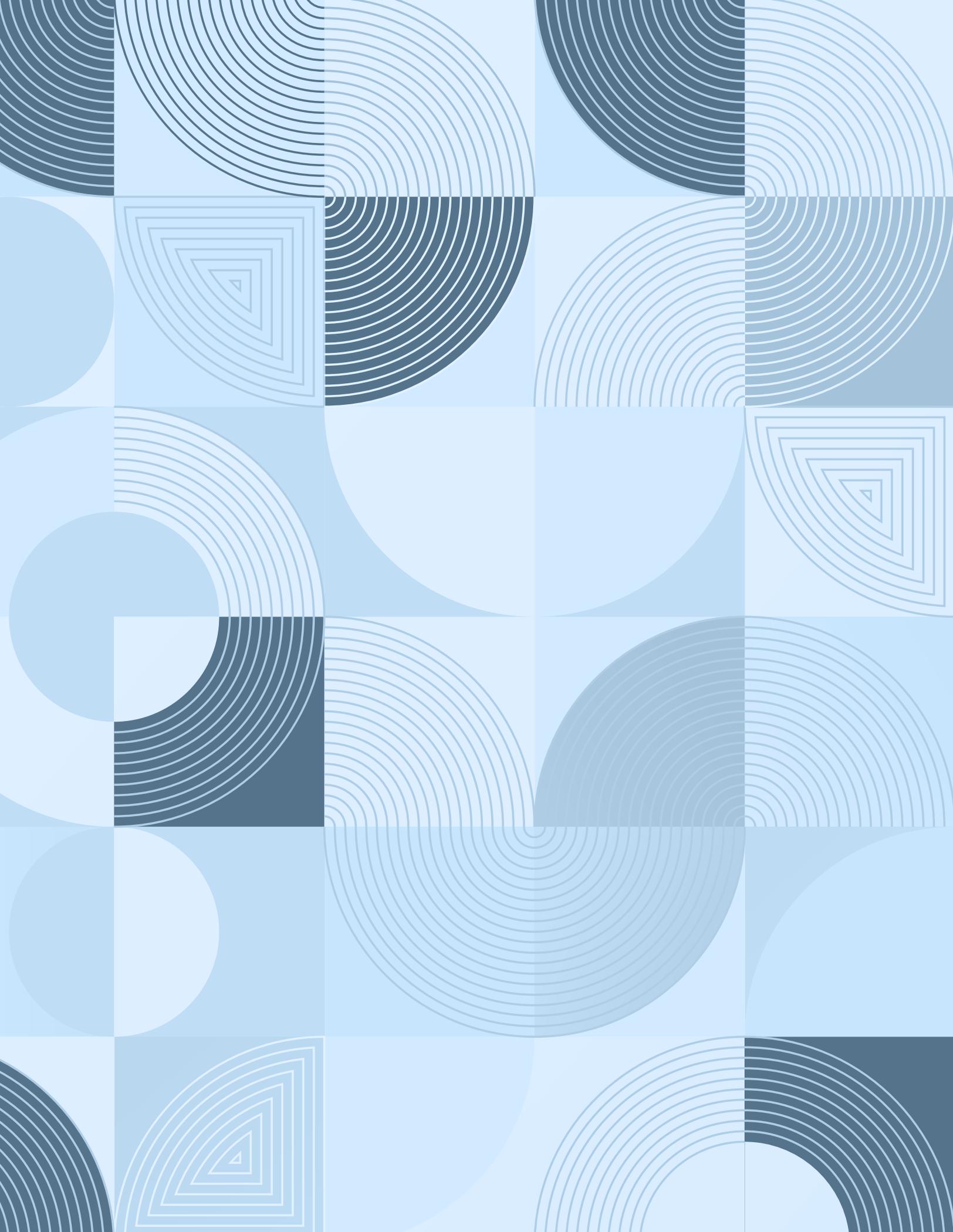
La force intérieure

L'année 2022-2023 a également été marquée par plusieurs changements au sein de l'équipe de direction, suivant le départ à la retraite de son président-directeur général, M. Michel Delamarre. Découlant de la vision de la nouvelle direction, la structure organisationnelle a évolué et de nouveaux gestionnaires ont grossi les rangs de l'équipe de direction. Aussi, l'arrivée de deux directrices territoriales pour Portneuf et Charlevoix renforce notre présence et notre proximité avec ces secteurs.

Plus concrètement, le CIUSSS dispose désormais de nouvelles infrastructures et centres de services, comme le centre d'oncologie de l'Hôpital régional de Portneuf.

Dans les équipes, de nouveaux membres du personnel ont été chaudement accueillis. Grâce aux efforts de recrutement international, 44 nouveaux membres du personnel infirmier sont maintenant établis dans les régions de Charlevoix et de Portneuf. Au-delà du talent qui s'ajoute, ce sont de nouvelles familles qui s'intègrent et profitent d'un apprentissage dans les communautés.

Le paysage social continue de se métamorphoser et le CIUSSS de la Capitale-Nationale doit poursuivre son évolution afin de s'adapter et de répondre à la demande. Et c'est avec la force de nos équipes que nous pourrions maintenir une offre de services de qualité, et atteindre et surpasser nos objectifs de proximité, de mobilisation et d'engagement auprès de la population. Merci à nos quelque 20 000 employés qui, jour après jour, témoignent des valeurs qui nous animent, comme la bienveillance, l'audace et la collaboration, tout en offrant le meilleur d'eux-mêmes au bénéfice du mieux-être de la population de la Capitale-Nationale.



2

LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion 2022-2023 du CIUSSS de la Capitale-Nationale relèvent de ma responsabilité.

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 de ce rapport annuel :

- 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'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2023.



Guy Thibodeau

Président-directeur général

3

LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS

3.1 LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

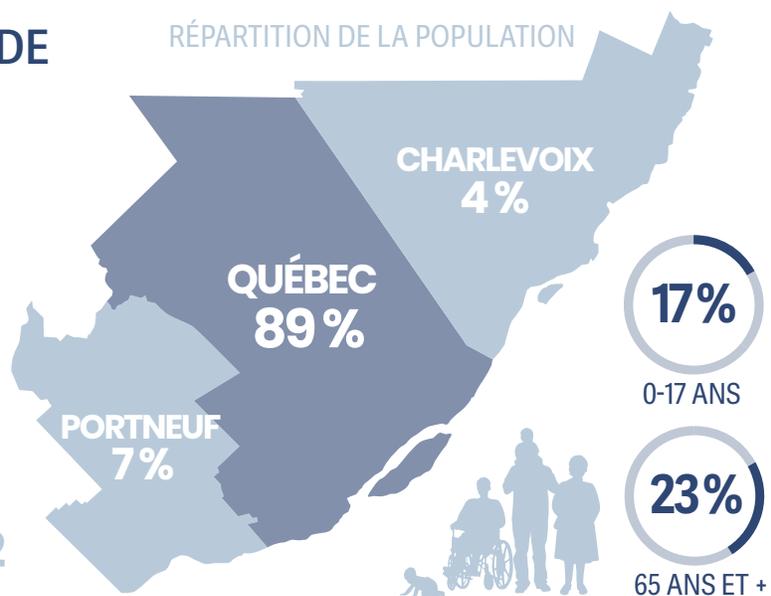
Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale poursuit des objectifs de qualité et de performance en plaçant l'utilisateur au centre de ses décisions et de ses actions.

Son vaste territoire et sa population diversifiée

RÉPOND AUX BESOINS DE

771 611
CITOYENS

RÉSIDENT SUR UN
TERRITOIRE
DE **18 643 KM²**



Pour en savoir plus sur les données de santé, veuillez écrire à l'adresse : santepublique.ciusscnc@ssss.gouv.qc.ca.

Sa mission

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale contribue activement à améliorer la santé globale de la population de son territoire. Il offre aux usagers et à leurs proches des soins, 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 services s'appuient sur les meilleures pratiques et l'innovation, avec la participation des usagers, de leurs proches et des personnes qui œuvrent au sein de l'organisation.

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.

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

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale :

- est l'établissement qui compte le plus grand nombre d'employés (18 647) en santé et en services sociaux de la Capitale-Nationale;
- constitue un réseau d'excellence en soins et en services de santé, en services 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 pour un total de 1 650 personnes engagées dans des projets de recherche;
- assure une gestion de plus de 5 460 stages dans 55 disciplines de niveaux secondaire, collégial et universitaire permettant de contribuer à l'embauche d'une relève compétente au sein du réseau de la santé et des services sociaux;
- 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 2,2 G\$.

Ses ressources humaines

Des personnes engagées et compétentes



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.

Son offre de services

Des soins et des services de proximité

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale offre des soins de santé et des services sociaux de proximité, de la prévention jusqu'aux soins de fin de vie, à toute la population : les enfants, les parents, la famille, les adolescents, les jeunes adultes, les adultes et les aînés.

Pour connaître la gamme des services offerts, visitez le site Web du CIUSSS à ciussscn.ca.

Ses objectifs

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 axés 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 services de qualité et sécuritaire;
- une gestion dynamique de la performance.

Ses installations

+200
INSTALLATIONS



6 Centres hospitaliers



4 Centres de réadaptation



28 CLSC



29 CHSLD



URGENCES

6 SANTÉ PHYSIQUE

HÔPITAL CHAUVEAU
CLSC DE SAINT-MARC-DES-CARRIÈRES
HÔPITAL DE BAIE-SAINT-PAUL
HÔPITAL DE LA MALBAIE
HÔPITAL DE SAINTE-ANNE-DE-BEAUPRÉ
HÔPITAL RÉGIONAL DE PORTNEUF

2 PSYCHIATRIE

HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS
CHUL

4 CENTRES DE RECHERCHE



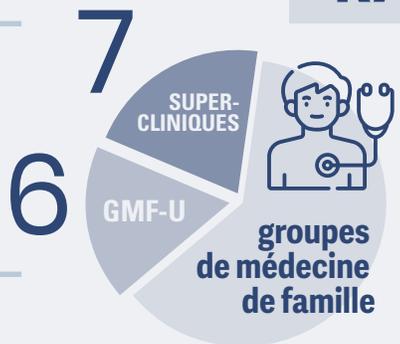
4 INSTITUTS UNIVERSITAIRES

23 RAC

RÉSIDENCES À ASSISTANCE CONTINUE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

750 RI+RTF

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL



34 GMF

29 Plateaux de travail

9 Ateliers de travail

9 Foyers de groupe

2 Unités de réadaptation comportementale intensive (URCI)

1 Unité de traitement et de réadaptation intensive (UTRI)



1 Maison de naissance



62 Centres d'activité de jour



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



1 Centre d'excellence sur le vieillissement

2 Cliniques externes en gériatrie

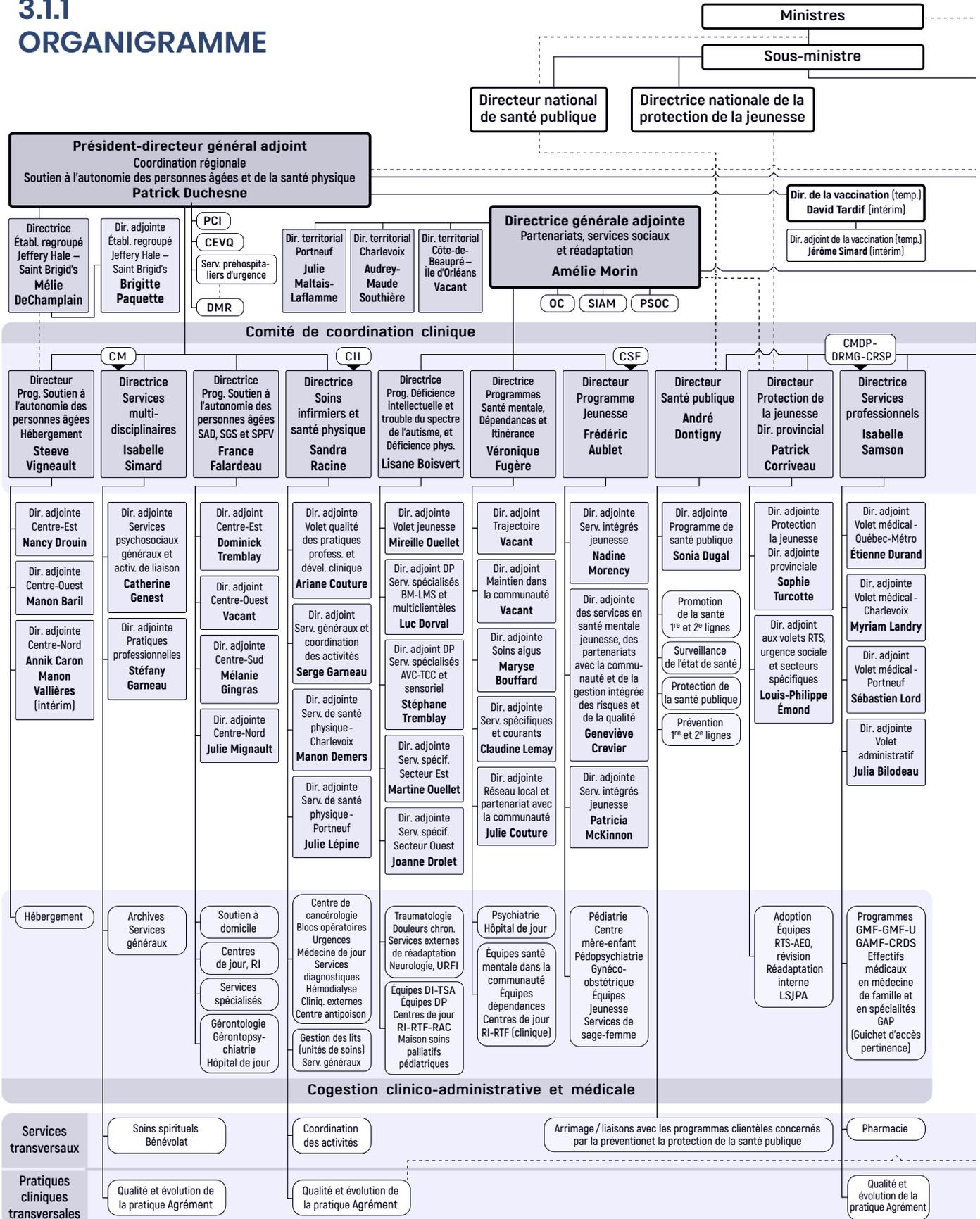
133 Résidences privées pour aînés (RPA)

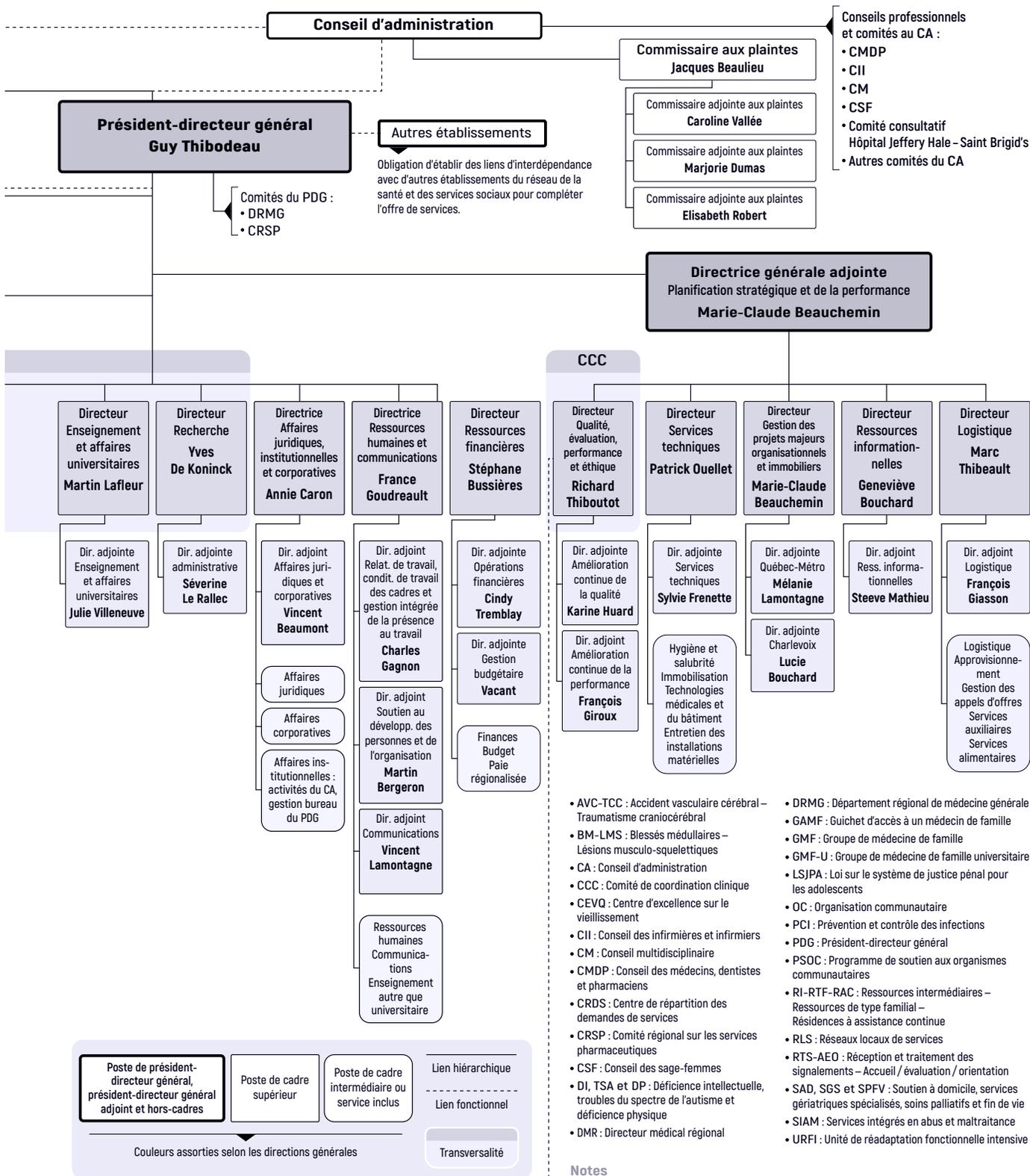
LITS

2 844 d'hébergement permanent
39 d'hébergement temporaire
83 d'hébergement temporaire en santé mentale
264 de psychiatrie

96 de santé physique
126 de gériatrie
113 en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

3.1.1 ORGANIGRAMME





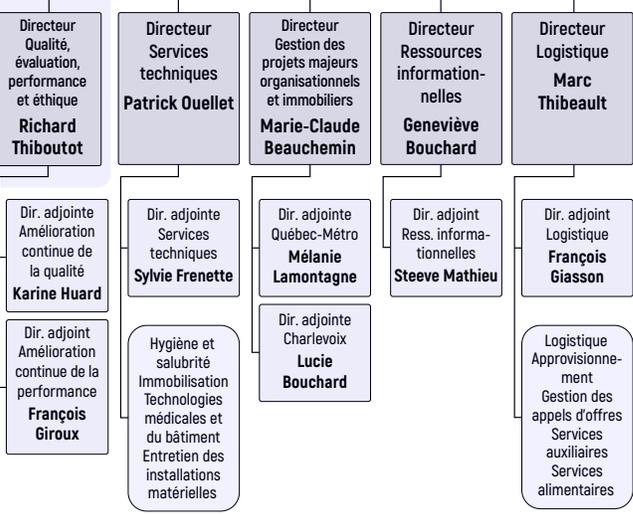
- Conseils professionnels et comités au CA :
- CMDP
 - CII
 - CM
 - CSF
 - Comité consultatif Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's
 - Autres comités du CA

Autres établissements

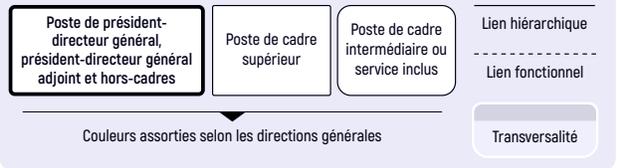
Obligation d'établir des liens d'interdépendance avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour compléter l'offre de services.

- Comités du PDG :
- DRMG
 - CRSP

CCC



- AVC-TCC : Accident vasculaire cérébral – Traumatisme craniocérébral
- BM-LMS : Blessés médullaires – Lésions musculo-squelettiques
- CA : Conseil d'administration
- CCC : Comité de coordination clinique
- 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
- DMR : Directeur médical régional
- DRMG : Département régional de médecine générale
- GAMF : Guichet d'accès à un médecin de famille
- GMF : Groupe de médecine de famille
- GMF-U : Groupe de médecine de famille universitaire
- LSJPA : Loi sur le système de justice pénal pour les adolescents
- OC : Organisation communautaire
- PCI : Prévention et contrôle des infections
- PDG : Président-directeur général
- PSOC : Programme de soutien aux organismes communautaires
- 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
- SAD, SGS et SPFV : Soutien à domicile, services gériatriques spécialisés, soins palliatifs et fin de vie
- SIAM : Services intégrés en abus et maltraitance
- URFI : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive



Notes

- Pour chaque installation, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable d'installation. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.
- Le poste de Directeur de la recherche est à temps partiel (0,4 ETC).



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

3.2.1 CONSEIL D'ADMINISTRATION (CA)

Composition

Membre d'office

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

Membres indépendants

M^{me} Monique Carrière, présidente
expertise en santé mentale

M^{me} Joan Chandonnet,
compétence en vérification, performance ou gestion de
la qualité

M^{me} Sylvie Dillard,
compétence en gouvernance ou éthique

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

M. Normand Julien, vice-président
expertise en réadaptation

M^{me} Karine Latulippe,
expertise en réadaptation

M. Simon Lemay,
expertise en protection de la jeunesse

M^{me} Line Plamondon,
expertise dans les organismes communautaires

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

1 poste vacant

Membres désignés

M. Louis Boisvert,
comité régional sur les services pharmaceutiques

M^{me} Isabelle Langlois,
conseil des infirmières et infirmiers

M^{me} Véronique Vézina,
comité des usagers du centre intégré

3 postes vacants

Membres désignés universitaires

M^{me} Marie-Hélène Gagné,
université affiliée

1 poste vacant

Membre non-votant représentant les fondations

M^{me} Marie-Josée Guérette

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CA

Conformément aux fonctions qui sont attribuées aux membres du CA en vertu du *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration* (règlement O2), toutes leurs déclarations ont été reçues sans objet particulier à signaler (**voir l'annexe 1**).

Aucun cas n'a été traité à l'égard de manquements.

Comités du conseil d'administration

Tous les comités du conseil d'administration sont actifs et accomplissent leur mission 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 et autres instances

- 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 local 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 (CMDP)
- Conseil des infirmières et infirmiers
- Conseil multidisciplinaire
- Conseil des sages-femmes
- Comité de direction du Département régional de médecine générale

3.2.2

COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

Comité de gouvernance et d'éthique (CGÉ)

Processus de renouvellement des conseils d'administration

Les actions requises pour le renouvellement des membres du CA ont été réalisées, notamment en fonction des étapes et échéanciers réglementaires et directives ministérielles. Un nouveau membre a été désigné et trois sièges qui étaient vacants ont été comblés.

Vigie des activités de l'organisation

Les membres du CA ont bénéficié d'activités de formation et d'ateliers de travail qui leur ont permis d'intégrer l'ensemble des connaissances requises pour mener à bien leurs mandats au sein des comités du conseil. Ils

ont notamment été informés des dernières approches en matière de santé publique relatives à la pandémie de COVID-19, ainsi qu'en prévention et contrôle des infections au CIUSSS de la Capitale-Nationale, qui concernent directement les services aux usagers.

Modification du mode de fonctionnement du CA

Le CGÉ a revu l'ordre du jour des séances plénières pour permettre aux membres du CA de poser des questions sur certains sujets à être traités en séance ordinaire, et ce, afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées. Un point sur les activités de formation suivies par les membres du CA a également été ajouté à l'ordre du jour des séances ordinaires, pour informer le public des connaissances acquises par les membres qui leur permettent de bien jouer leur rôle et de bien comprendre les enjeux de l'établissement.

Gestion intégrée des risques

Afin de se prononcer sur les risques pour lesquels il souhaite avoir des suivis par le CA au cours des mois suivants, ainsi que sur le seuil de tolérance qui leur est associé, le CGÉ a analysé les risques pouvant compromettre l'atteinte des objectifs stratégiques de l'établissement et a recommandé l'adoption de risques à être suivis par le CA.

Positionnement du CA quant aux agences de main-d'œuvre indépendante

Le CGÉ a officiellement fait part au ministre de la Santé de l'appui du CA quant aux actions en cours dans le dossier de l'encadrement des agences de main-d'œuvre indépendante œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux, et a offert son soutien au ministre dans ces démarches.

Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

Le CVQ a soigneusement fait l'analyse des rapports et des plans d'action déposés par les instances et directions concernant le suivi de la qualité et les activités d'amélioration continue de la qualité réalisées au sein de l'établissement, a élaboré les recommandations et effectué leur suivi portant, entre autres, sur :

- La sécurité alimentaire;
- La réduction des erreurs de médicaments;
- L'hygiène des mains;
- La prévention du suicide.

Suivant les présentations, le CVQ a notamment recommandé au conseil d'administration de prioriser la formation en prévention du suicide pour les employés du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Le CVQ a rencontré les quatre conseils professionnels de l'établissement afin de les informer des défis à relever, des dossiers en cours et des préoccupations prioritaires des membres. Ces rencontres lui ont permis de jouer son rôle de facilitateur, d'agent de synergie et de relais en favorisant les liens entre les différents conseils et en tenant informé le conseil d'administration.

Ces rencontres ont également permis de promouvoir l'importance de la collaboration interprofessionnelle et l'enjeu de la mise en place du dossier numérique. Ce dernier dossier sera suivi au CVQ pour assurer l'avancement des travaux.

Notons que les conseils professionnels siègent à différentes instances, notamment au comité de gestion des risques de l'établissement, ce qui favorise la concertation entre les différentes professions qu'ils représentent.

Le CVQ s'est également penché sur l'analyse des rapports et différents travaux du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CPQS), ainsi que du suivi de certaines plaintes et des recommandations émises. Le CVQ s'est assuré que les ressources qui sont consenties au CPQS sont suffisantes pour qu'il puisse remplir l'ensemble de ses responsabilités.

Le CVQ a aussi porté une attention particulière aux plaintes et signalements de maltraitance. Il a été particulièrement sensible à l'importance du partenariat entre l'utilisateur et ses proches, puisqu'il s'agit d'une voie privilégiée par le CIUSSS de la Capitale-Nationale pour l'amélioration de la qualité des services. Il a assuré une vigie sur l'analyse réalisée par le Bureau du partenariat avec l'utilisateur et ses proches, principalement en regard de la dimension éthique de ce secteur.

Finalement, le CVQ s'est assuré de la poursuite des travaux relatifs à la gestion intégrée des risques et a participé à une séance de travail menant au classement des risques prioritaires par le CA.

Comité de vérification (CV)

Budget 2022-2023 et suivi périodique

- Examen des choix budgétaires proposés pour 2022-2023 et analyse des principaux enjeux.
- Suivi des résultats financiers à cinq reprises au cours de l'exercice. Les écarts entre les résultats et les prévisions budgétaires sont examinés ainsi que les principaux risques financiers.
- Réception du rapport financier trimestriel sur les revenus et les charges de l'établissement (AS 617) avant son approbation par le CA.
- Suivi des coûts reliés à la gestion de la pandémie de COVID-19 et leur financement par le MSSS.

Ressources informationnelles

- Examen du *Bilan de la sécurité de l'information 2021-2022* et, analyse et recommandations au CA du *Plan d'action en sécurité de l'information 2022-2023*.

Gestion contractuelle

- Surveillance de l'application de la *Loi sur les contrats des organismes publics* (LCOP), en examinant la conformité des pratiques dans un certain nombre de contrats d'approvisionnements, de services, de travaux de construction et de technologies de l'information.
- Suivi du plan d'action exigé par l'Autorité des marchés publics (AMP) concernant les contrats d'acquisition de places d'hébergement auprès de ressources de type intermédiaire et de ressources de type familial.
- Examen de la *Procédure précisant la trajectoire du processus de gestion contractuelle des contrats de type hébergement*.

Gestion intégrée des risques

- Étude détaillée des risques sectoriels sous la responsabilité du comité de vérification, particulièrement de la pertinence des risques sélectionnés, de l'évaluation de chaque risque ainsi que de l'efficacité des mesures d'atténuation proposées, et ce, dans le cadre de la démarche de priorisation des principaux risques organisationnels par le CA.
- Examen des risques organisationnels proposés par les comités du CA et recommandations au CA quant au dépôt du seuil de tolérance et du *Plan d'action annuel de la gestion intégrée des risques 2022-2023*. Les risques organisationnels retenus concernent la qualité, l'accessibilité et la sécurité des services aux usagers.
- Révision du *Plan d'action annuel de la gestion intégrée des risques 2022-2023*.

Autres sujets étudiés

- Le CV a étudié le projet d'économies d'énergie garanties, qui vise l'amélioration du bilan environnemental de l'établissement par la modernisation des installations, la réduction de la facture énergétique et l'amélioration de la qualité de l'air. Ce projet, estimé à 34 M\$, s'inscrit dans le *Plan d'économie verte du gouvernement*.

Comité des ressources humaines (CRH)

Gestion intégrée des risques en matière de ressources humaines

- Le CRH a ciblé et évalué cinq grands risques auxquels le CIUSSS de la Capitale-Nationale est confronté en matière de ressources humaines, dont les enjeux ont une portée à long terme. Il a aussi appuyé les démarches de recherche de mesures d'atténuation des impacts majeurs de la pénurie de main-d'œuvre par l'envoi, entre autres, d'une lettre au MSSS signifiant sa préoccupation sur la qualité et la sécurité des services dans l'organisation.

Démarche DO-RH Ensemble

- Le comité a évalué les actions réalisées par une équipe dédiée au développement organisationnel (DO) concernant une série d'activités d'accompagnement des cadres supérieurs visant à renforcer le potentiel humain de l'organisation. Ces activités ont favorisé la récupération, la résilience et une révision de certains modes de pensée et d'actions.
- Le comité a analysé les trois enjeux et quatre mandats prioritaires ciblés par la direction générale, en concertation avec l'ensemble des cadres supérieurs, qui donneront un sens aux actions des prochains mois, en conservant une attention particulière au potentiel humain de l'organisation.

Amélioration du processus d'accueil et d'intégration

- Le CRH a analysé les actions de la DRHC visant l'amélioration de ce processus pour les nouveaux employés. Il a aussi analysé la révision du processus d'accueil et d'intégration des cadres.

Santé psychologique

- Les effets de la pénurie de main-d'œuvre ont mené à la proposition d'actions visant la santé et le bien-être du personnel. Le comité a supervisé certaines d'entre elles, dont :
 - L'implantation du programme des Veilleurs ;
 - Le programme *Prendre soin* réalisé avec le Monastère des Augustines.

Suivi de la Politique relative à la promotion de la civilité et à la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail

- Le comité a pris acte des actions liées à l'application de cette politique dans la dernière année, et a émis certaines suggestions afin de répondre aux nombreuses demandes d'interventions reçues.

Comité des soins et des services (CSS)

Les membres sont tenus informés d'actions entreprises par l'établissement en conformité avec sa responsabilité populationnelle et les orientations stratégiques retenues par ce dernier. Concrètement, des directions ont été invitées à présenter leurs différentes offres de services qui visent à augmenter l'accessibilité, la proximité, les partenariats et l'intégration des soins et services offerts aux usagers et à leurs proches.

Les membres ont approuvé et soutenu les programmes et projets suivants qui leur ont été présentés :

- Intervention dans le secteur jeunesse et, état de situation et actions prioritaires auprès des jeunes et de leurs familles;
- Projet *Épanouir*, programme *Mots d'enfants*, projet *Élan-Famille 2.0 – Ensemble pour une parentalité bienveillante* et programme *Agir tôt*;
- Cohabitation dans la basse-ville de Québec et approche de proximité pour le développement des communautés et collaboration intersectorielle.

Comité des affaires universitaires et de l'innovation (CAUI)

Dans le cadre de son mandat, le CAUI fait des recommandations au CA, notamment sur :

- Les dossiers de renouvellement de candidatures des instituts universitaires;
- La révision des politiques institutionnelles touchant l'enseignement, la recherche et l'innovation;
- Toute matière ayant une incidence sur le développement et l'innovation en enseignement, en recherche et en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé;
- La nomination et la révocation des membres des comités d'éthique de la recherche sectoriels (CER S);
- L'exercice des différentes fonctions du comité.

Les membres du CAUI ont également eu droit à différentes présentations en lien avec la mission universitaire et les retombées sur les activités en pratique clinique :

- Présentation du Service des pratiques de pointe et des mandats nationaux de la DEAU et échange sur les retombées pour la pratique clinique;
- Présentation concernant le projet *Incubateur d'entreprises* visant à placer ces entreprises à proximité des centres de recherche pour mettre à profit les connaissances scientifiques;
- Présentation de la *Politique relative aux statuts de chercheurs* et rétroactions en prévision de son adoption au CA, à l'automne 2022;
- Présentation de la révision de la structure de gouvernance de la mission universitaire adoptée par le comité de coordination clinique;
- Présentation des différents travaux de recherche par le biais des documents *Nos centres en action* et *La recherche en bref* pour les quatre centres de recherche;
- Présentation de deux projets pour le développement de nouvelles chaires de recherches.

3.3 LES FAITS SAILLANTS DES DIRECTIONS

3.3.1 DIRECTION GÉNÉRALE

Réalisation

Création de cinq nouvelles directions

Au printemps 2022, le CA du CIUSSS de la Capitale-Nationale a approuvé la modification de la structure organisationnelle afin de mieux répondre aux défis futurs. Dans les mois suivants, l'organigramme de la direction générale a été revu et adapté aux nouvelles réalités et aux besoins multilatéraux de l'organisation.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entériné la création de cinq nouvelles directions :

- Direction générale adjointe – Partenariats, services sociaux et réadaptation (DGA-PSSR);
- Direction générale adjointe – Planification stratégique et performance (DGA-PSP);
- Direction territoriale – Secteur de Portneuf;
- Direction territoriale – Secteur de Charlevoix;
- Direction de l'établissement regroupé du Jeffery Hale – Saint Brigid's (DERJHSB).

En conformité avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et dans le but de faciliter la gestion de proximité, ces cinq entités visent notamment à soutenir la transversalité et la collaboration interdirections, tout en assurant la représentation et l'expertise propres à chacune. La diversité, la répartition de la population ainsi que le virage numérique et la valorisation des données rendaient nécessaire la mise sur pied de ces directions. De la même manière, leur création renforce le partage d'informations et l'adhésion à une vision globale intégrée. Grâce à ces nouveaux leaderships, l'interdisciplinarité et la cohérence des priorités sont mises au premier plan pour toute l'organisation et l'ensemble de ses territoires. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale s'est donné les moyens d'améliorer les services pour mieux répondre aux besoins de la population.

Priorités

Réaliser les 4 mandats du comité de direction élargi.

Mandat prioritaire 1 – Structure et premières expérimentations en innovation

Soutenir les priorités et développer une culture de l'innovation dans l'organisation.

Promoteur : DGA-PSP.

Mandat prioritaire 2 – Pertinence et capacité de services à la population

Prioriser en fonction de la capacité réelle de ses obligations et offrir des soins et des services de santé et de proximité, intégrés et accessibles.

Promoteur : DGA-PSSR.

Mandat prioritaire 3 – Optimisation de la gestion des ressources humaines en interdirections

Avoir une vision organisationnelle des besoins et revoir les processus pour améliorer l'expérience employé.

Promoteur : PDGA.

Mandat prioritaire 4 – Travailler et décider en interdirections : pour nos jeunes et leurs familles

Poser un diagnostic sur la jeunesse pour répondre aux besoins des jeunes et de leurs familles.

Promoteur : DGA-PSSR.

3.3.1.1 Président-directeur général adjoint (PDGA)

Le PDGA a sous sa responsabilité la DSI-SP, DSM, DSAPA - volet hébergement et volet soutien à domicile, services gériatriques spécialisés et soins palliatifs, le centre d'excellence en vieillissement de Québec (CEVQ), le Service de prévention et contrôle des infections, la direction de la vaccination ainsi que les services préhospitaliers d'urgence. Il est également responsable de la coordination régionale interétablissement.

Réalisations

Indicateurs régionaux

- Élaboration d'un tableau de bord régional avec les partenaires pour assurer la fluidité des trajectoires interétablissements.
- Déploiement du centre régional de régulation des services préhospitaliers d'urgence (CRRSPU) afin de s'assurer d'une utilisation efficiente et pertinente des ressources ambulancières.
- Mise en place de la nouvelle structure de gouvernance de l'établissement regroupé JHSB.

Priorités

- Soutenir l'avancement des travaux des 4 mandats prioritaires, particulièrement celui sur l'optimisation de la gestion des ressources humaines en interdirections.
- Consolider la gouvernance régionale des services préhospitaliers d'urgence.
- Favoriser une transition harmonieuse vers la nouvelle gouvernance du réseau avec la mise en place de Santé Québec.
- Consolider le rôle du CEVQ en soutien aux établissements du RUISS- UL.

3.3.1.2 Direction de l'établissement regroupé du Jeffery Hale – Saint Brigid's (DERJHSB)

La DERJHSB fait vivre le rôle central du Jeffery Hale – Saint Brigid's en tant qu'établissement reconnu, en vertu de la *Charte de la langue française*, et constitue un pilier régional de l'offre de services accessible en langue anglaise. La direction joue également un rôle de représentant de la communauté anglophone de la région, comme spécifié dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Cela permet, entre autres, de veiller au maintien des orientations, des objectifs et des priorités en vue d'offrir des services continus, intégrés et de qualité à la communauté anglophone de Québec. En collaboration avec l'ensemble des directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale et de ses partenaires, le comité consultatif est un moyen ainsi qu'une responsabilité de la direction pour assurer une proximité avec la population et une écoute de leurs besoins spécifiques.

Réalisation

- Mise en place d'un comité consultatif pour l'établissement regroupé et la désignation d'un directeur responsable pour cet établissement.

Priorités

- Revoir et consolider le processus de recrutement des ressources humaines bilingues.
- Collaborer à la nationalisation de la banque d'interprètes de la Capitale-Nationale.

3.3.1.3

Direction générale adjointe – Partenariats, services sociaux et réadaptation (DGA-PSSR)

La DGA-PSSR a sous sa responsabilité la DSMDI, la DJ, la DDITSADP et les deux nouvelles directions territoriales (secteurs Portneuf et Charlevoix). Elle porte divers autres mandats transversaux, notamment les Services intégrés en abus et maltraitance (SIAM), ainsi que les volets suivants :

- Santé et bien-être des hommes et des femmes;
- Agressions sexuelles;
- Violence conjugale;
- Communautés autochtones;
- Partenariat avec la communauté;
- Organisation communautaire (OC) et Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

Parmi ses autres responsabilités, la DGA-PSSR assume un leadership auprès de l'ensemble des partenaires de la santé et des services sociaux ainsi que des autres secteurs qui interagissent au sein des quatre réseaux locaux de services (RLS) du territoire de la Capitale-Nationale et elle s'assure de la haute qualité des soins et des services offerts aux clientèles. L'expérience client, l'expérience employé et la responsabilité populationnelle sont au cœur de tous les processus d'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la fluidité des trajectoires de services.

Réalisations

Services intégrés en abus et maltraitance (SIAM)

- Augmentation des divulgations de situations d'abus traitées et de références vers les services d'aide.
- Malgré la rareté des ressources et les défis quotidiens, le SIAM et ses partenaires sont parvenus à offrir les services et à maintenir leur engagement de placer l'intérêt supérieur de l'enfant en premier plan et leur implication dans le développement de l'offre de services.

Clientèle autochtone

- Intégration et pérennisation du rôle d'agent de liaison pour la mise en place du partenariat avec les communautés autochtones de la Capitale-Nationale.
- Signature des conventions de soutien financier entre le CIUSSS de la Capitale-Nationale et les deux centres d'amitié autochtone de la région.

Santé et bien-être des hommes

- Formation de nouveaux formateurs pour intervenir auprès des hommes.
- Développement d'une offre de services et de midis-conférences « grand-public ».

Soutien aux victimes d'agression sexuelle

- Élaboration d'une trajectoire de services pour les victimes d'agression sexuelle afin de répondre à leurs besoins médicosociaux sur le territoire de Charlevoix en collaboration avec les intervenants du milieu et de la DSM.

Organisation communautaire (OC)

- Déploiement des approches en développement des communautés dans plusieurs secteurs de la Capitale-Nationale. Les organisateurs communautaires ont contribué à la mobilisation des partenaires afin d'agir collectivement sur les priorités rattachées à la responsabilité populationnelle.

Recrutement international

- Coordination des actions pour l'intégration dans la communauté des cohortes d'immigrants diplômés hors Canada (IDHC) (hébergement, places en garderies et transport), en collaboration avec les directions territoriales et avec le soutien des organisateurs communautaires pour agir auprès des candidats et de leurs familles.

Fondations

- Développement de la Table de concertation des fondations regroupant les directeurs généraux des 12 fondations d'établissement, notamment pour faciliter les échanges sur les enjeux des partenaires en lien avec l'établissement.

3.3.1.4

Directions territoriales de Charlevoix et de Portneuf

La création des directions territoriales de Charlevoix et de Portneuf vient de la volonté de l'organisation de se rapprocher de la population afin d'être à l'écoute de ses besoins et de mieux intégrer les services sur les territoires. Ces directions occupent un rôle central dans l'animation d'une dynamique avec les partenaires internes et externes. Elles ont comme principale mission de mobiliser les acteurs intersectoriels vers une vision commune en fonction des enjeux spécifiques à leur territoire.

Les deux directions travaillent sur l'organisation, la collaboration et le soutien à la communauté en faisant figure de référence et se veulent des membres mobilisateurs sur leurs territoires. Elles portent les démarches réflexives du développement d'une vision partagée des besoins locaux de chaque population, tout en assurant les arrimages requis.

Priorités

- Soutenir l'avancement des travaux des 4 mandats prioritaires, particulièrement le mandat 2 (Pertinence et capacité de services à la population) et le mandat 4 (Travailler et décider en interdirections : pour nos jeunes et leurs familles).
- Accompagner la mise en œuvre de la gouvernance et les travaux dans chacun des réseaux locaux de service (RLS).
- Consolider le rôle et les fonctions des directions territoriales.

3.3.1.5

Direction générale adjointe – Planification stratégique et de la performance (DGA-PSP)

En cohérence avec les priorités ministérielles issues du plan santé, la DGA-PSP met l'accent sur le virage numérique, la valorisation des données, les dossiers transversaux dans l'organisation et le soutien aux directions productrices de données. À la suite de cette transformation, un nouveau poste de directeur a été créé et doté. La DGA-PSP a ainsi sous sa responsabilité les directions soutien-expert : la DQÉPÉ, la Direction des services techniques (DST), la Direction des ressources informationnelles (DRI) et la Direction de la logistique (DL). En raison de ces changements majeurs, l'organisation souhaite soutenir ses décisions cliniques et de gestion par des données fiables, favoriser la recherche et orienter la planification de ses priorités organisationnelles.

Réalisation

- Adopter un organigramme regroupant un bureau de projets et un bureau de l'innovation et de l'intelligence d'affaires.

Priorités

- Mettre en place un Bureau de projets organisationnels et un Bureau de l'innovation et de l'intelligence d'affaires pour l'ensemble de l'organisation.
- Élaborer un plan d'action stratégique organisationnel 2024-2026.



3.3.2

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

Réalisations

- Gestion de 5 460 stages dans 55 disciplines totalisant 114 938 jours de stage, pour des revenus de 1 707 616 \$.
- Révision de la structure de gouvernance de la mission universitaire en collaboration avec la Direction de la recherche (DR).
- 2 rapports d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux publiés :
 - Évaluation des protecteurs de hanche pour les usagers à risque de chute;
 - Offre de services en centre de jour pour les usagers en soins palliatifs et les proches aidants.
- 2 guides de pratique clinique contextualisés :
 - Trouble d'anxiété sociale : repérage, évaluation et traitement – Guide de pratique clinique;
 - Trouble de stress post-traumatique – Guide de pratique clinique.
- 2 pratiques de pointe :
 - Acouphène ;
 - Approche de collaboration novatrice pour prévenir l'exploitation sexuelle.
- 31 formations réseau (315 participants).
- 35 activités de rayonnement (4 952 participants).
- 118 produits de valorisation.
- 9 438 prêts de documents, 4 771 prêts entre bibliothèques et 143 011 recherches documentaires.
- 153 demandes traitées au Bureau de gestion de la propriété intellectuelle.

Enjeux

- Attraction et rétention du personnel qualifié et expert.
- Libération du personnel clinique pour contribuer à des projets liés à la mission universitaire.
- Maintien et développement de l'offre de stage malgré les défis actuels (pénurie de main-d'œuvre, capacité d'accueil réduite et augmentation des cohortes étudiantes).
- Mesure des retombées de la mission universitaire.

Priorités

- Poursuivre les initiatives d'intégration et de rayonnement des réalisations des désignations universitaires.
- Contribuer à l'augmentation de la capacité d'accueil de stagiaires afin de diminuer la pénurie de main-d'œuvre.
- Améliorer la capacité des équipes de l'enseignement à soutenir les milieux cliniques afin de réaliser le volet enseignement de la mission du CIUSSS.
- Arrimer l'offre de services de la DEAU au contexte changeant du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

3.3.3 DIRECTION DE LA LOGISTIQUE (DL)

Réalisations

- Création d'un centre de distribution unique permettant une grande agilité et une efficacité, notamment dans la distribution des équipements de protection individuelle dans l'ensemble de la région.
- En collaboration avec la Direction adjointe des communications, conception d'une campagne de recrutement estivale innovante et centrée sur les nouvelles réalités du marché de l'emploi sous le thème *Choisis ton horaire*, qui a permis le recrutement de 60 étudiants en un mois.

- Projet pilote de la création du titre d'emploi de préposé logistique en unité de soins (PLUS) dans une résidence à assistance continue (RAC) de Québec.
- Déploiement d'un logiciel intégré au programme d'aides techniques permettant au requérant de connaître en temps réel l'état des inventaires ou des livraisons effectuées auprès de la clientèle.

Priorités

- Intégration de la buanderie régionale Partagec au sein du CIUSSS.
- Préparation de l'ouverture des maisons des aînés et maisons alternatives (MDA MA) en y intégrant le poste de PLUS.
- Poursuivre l'implantation des PLUS pour une prestation de service logistique agile auprès des usagers dans les autres installations telles que les CHSLD, les soins de courte durée et les RAC par l'implantation de projets pilotes dans ces secteurs.
- Participation au projet d'agrandissement de l'Hôpital de La Malbaie basé sur les meilleures pratiques du *Plan directeur logistique organisationnel*.

Enjeux

- Gestion des ruptures de stock.
- Pénurie de main-d'œuvre généralisée.

3.3.4 DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ)

Réalisations

- Réorganisation du secteur de l'évaluation-orientation pour favoriser le suivi de la performance et de l'entraide entre les équipes de travail.
- Mise en place d'opérations tactiques tenues les fins de semaine visant à diminuer le nombre de dossiers en attente d'évaluation dans la région de la Capitale-Nationale.

- Embauche d'étudiants et leur intégration dans les secteurs critiques en protection de la jeunesse et en réadaptation.
- Mise en place du projet de médiation en protection de la jeunesse visant à favoriser l'utilisation d'approches consensuelles et permettant la participation active des enfants et de leurs familles dans les prises de décisions les concernant.
- Déploiement de la formation sur l'approche de médiation en protection de la jeunesse dans les secteurs de l'évaluation-orientation et de l'application des mesures.
- Construction du *Refuge* dans les deux centres de réadaptation visant à créer un aménagement convivial et propice aux échanges avec les jeunes hébergés en centre de réadaptation.
- Consolidation du programme d'intervention sociojudiciaire en conflits sévères de séparation.
- Mise en place de rencontres de groupes externes pour les jeunes ayant commis des infractions à caractère sexuel.

Priorités

- Formation du personnel et présentations aux principaux partenaires de la DPJ en lien avec les modifications législatives à la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ).
- Mise en place d'un plan de services préventifs et intensifs en période prénatale.
- Mise en application de la nouvelle procédure en prévention du suicide.
- Déploiement du projet *Itinéraires* ayant pour objectif de soutenir les interventions auprès des jeunes à leur préparation à la vie adulte.

Enjeux

- Augmentation du taux d'occupation dans les milieux d'hébergement de la DPJ accueillant des jeunes placés en vertu de la LPJ.
- Rétention du personnel de la direction dans les secteurs d'activités critiques.
- Augmentation des ressources de type familial disponibles pour héberger des jeunes suivis en protection de la jeunesse.

3.3.5 DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉVALUATION, DE LA PERFORMANCE ET DE L'ÉTHIQUE (DQEPE)

3.3.5.1

Équipe de l'amélioration continue de la qualité

Réalisations

- Visite d'Agrément Canada dans le but d'évaluer la norme télésanté, les services de santé physique ainsi que les services généraux, à l'automne 2022, avec l'obtention de la note globale de 95 %.
- En collaboration avec la Direction adjointe des communications, développement du site Internet du CIUSSS de la Capitale-Nationale permettant de postuler en ligne pour devenir famille d'accueil, réduisant ainsi de 50 % le temps moyen d'évaluation.
- Détermination, évaluation et priorisation des risques pour l'établissement, dans le cadre de la gestion intégrée des risques en vue de mettre en œuvre un plan d'action intégré. Au terme de la démarche, six risques prioritaires ont été retenus par le CA.
- Mise en place d'une structure de collaboration formelle entre le service du suivi qualité et les directions cliniques pour résoudre les situations préoccupantes qui surviennent dans les milieux de vie.

Priorités

- Réviser le parc d'hébergement en RI-RTF pour mieux répondre aux besoins des usagers et optimiser la qualité et la sécurité des services rendus dans les milieux de vie.
- Développer un environnement d'indicateurs complet pour le parc d'hébergement RI-RTF.
- Promouvoir la culture de sécurité dans l'organisation, notamment en favorisant la déclaration des incidents et des accidents survenant lors de la prestation de services.

Enjeux

- Fermeture de nombreuses résidences privées pour aînés au cours des derniers mois et précarité financière de plusieurs ressources.
- Manque de ressources de type familial hébergeant des jeunes (familles d'accueil).

3.3.5.2 Équipe de l'amélioration continue de la performance

Réalisations

- Soutien et accompagnement des différentes directions et des grands projets de l'organisation, entre autres :
 - Les quatre mandats prioritaires de l'organisation;
 - Le télétravail.
- Mise en place du *Portail de suivi de la performance* regroupant des indicateurs pour l'ensemble des directions.
- Évaluation de l'expérience du partenariat avec les usagers : point de vue des usagers partenaires et des gestionnaires.
- Évaluation de l'expérience repas des résidents en CHSLD.

Priorités

- Poursuivre la mise en place d'une culture d'amélioration continue et de la mesure au sein de l'organisation.
- Accompagner et favoriser l'arrimage avec l'intelligence d'affaires, la transformation numérique, l'innovation et le Bureau de projets organisationnels.
- Mettre en place un entrepôt de données des ressources humaines pour créer des outils (tableaux de bord, indicateurs, analyses, etc.) facilitant la prise de décisions et la gestion courante des opérations.
- Développer une formation sur le rôle des usagers partenaires et une formation de sensibilisation à l'éthique clinique pour le personnel de l'établissement.

Enjeux

- Transformation et repositionnement du système de gestion intégrée de l'amélioration continue de la performance (SGIACP) au sein du CIUSSS en fonction de l'évolution de son environnement.
- Valorisation des retombées du partenariat avec l'utilisateur au sein de chacune des équipes.
- Diminution des délais de réponses des chercheurs et des directions du CIUSSS afin que le Bureau de gestion des projets de recherche (BGPR) puisse actualiser son mandat de manière optimale.



Ma vie et la pandémie au Québec est un projet de recherche de grande envergure visant à documenter et à comprendre le vécu, les conséquences et l'adaptation de la population durant la pandémie.

3.3.5.3

Sécurité civile, mesures d'urgence et continuité des activités

Réalisations

- Mise en place d'une cellule régionale de répartition des blessés en sécurité civile en vue d'une arrivée massive de blessés.
- Préparation à la visite du pape à Québec et à Beauport à l'été 2022 pour être capable de répondre à des situations pouvant toucher l'état de santé du pape ou de la population, ou à une situation d'urgence.
- Déploiement des bonnes pratiques en situation d'urgence, dont la continuité des activités de l'organisation avec une approche harmonisée au sein de l'ensemble des installations du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Priorités

- Mettre à jour les protocoles de sécurité civile en coordination avec les partenaires régionaux.
- Optimiser la capacité d'intervention des volets de la mission santé régionale de sécurité civile.

Enjeu

- Capacité des gestionnaires des installations et de l'équipe de coordination à travailler de façon continue sur les volets de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement.

3.3.6

DIRECTION DE LA RECHERCHE (DR)

La Direction de la recherche du CIUSSS de la Capitale-Nationale possède quatre centres de recherche d'envergure nationale et internationale reconnus par les *Fonds de recherche du Québec*. L'expertise développée par les centres permet de rapprocher la recherche de la pratique clinique et de répondre aux besoins de la population.

- Les centres de recherche du CIUSSS de la Capitale-Nationale se sont classés au 15^e rang des hôpitaux de recherche au pays dans le palmarès *Canada's Top 40 Research Hospitals 2022 (Research InfoSource)*¹.

Ma vie et la pandémie

- Cette grande étude longitudinale visant à documenter et à comprendre le vécu, les conséquences et l'adaptation de la population durant la pandémie, commence à produire des résultats qui peuvent être consultés à mavipan.ca.

Politique relative aux statuts de chercheurs

- Adoption d'une politique visant l'encadrement et l'harmonisation du processus d'octroi, de renouvellement et de reconnaissance des statuts de chercheurs au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

3.3.6.1

Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)

Les réalisations du CIRRIS sont en lien avec la réadaptation et l'intégration sociale. Le CIRRIS compte 78 équipes de recherche, regroupant plus de 280 membres.

Réalisations

- Accroissement de la capacité de recherche dans le domaine de la communication : recrutement de six nouvelles équipes de recherche en orthophonie et en audiologie.
- Positionnement et approche avant-gardiste du centre dans le domaine des essais cliniques post-AVC en devenant l'un des sites de référence pour des initiatives pancanadiennes *CanStroke*, *StrokeCog* et du consortium *Accelerating Clinical Trials*.
- Organisation du colloque de l'*International Society of Electrophysiology and Kinesiology* ayant accueilli 317 délégués venant de 24 pays à Québec.
- Implantation du *Réseau d'évaluation et de l'innovation en santé durable* ayant accueilli son premier projet qui servira de projet pilote pour valider son processus d'évaluation et d'innovation.

¹ Pour consulter le palmarès : researchinfosource.com/top-40-research-hospitals/2022/list.

Priorités

- Mettre en place une infrastructure de soutien aux essais cliniques.
- Renforcer le maillage avec les partenaires cliniques et la communauté.

3.3.6.2

Centre de recherche en santé durable VITAM

Les réalisations de VITAM sont en lien avec le développement de connaissances pour maintenir les populations en santé, combattre la maladie et accompagner les personnes en fin de vie. VITAM compte 119 équipes de recherche, regroupant plus de 530 membres.

Réalisations

- Projet pilote *Archimède* : mise en commun des expertises professionnelles en santé pour améliorer l'accès aux soins et services au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ce projet vise à augmenter la capacité d'inscriptions de patients à un GMF et du nombre de ressources professionnelles accessibles à la clientèle et à favoriser l'ajout d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.
- Obtention de la première chaire de recherche en santé durable au Québec, en partenariat avec le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, les municipalités de Québec et de Saguenay et en cogestion avec des citoyens partenaires, qui contribuera à l'amélioration de la santé durable des citoyennes et des citoyens.
- Organisation de 10 événements ayant permis de rejoindre 900 participants, notamment, la classe de maître sur la pratique de démocratisation de la recherche en santé par le partenariat entre patients et citoyens, l'atelier de sensibilisation à l'équité, la diversité et l'inclusion (ÉDI) en recherche et un dialogue VITAM sur la stigmatisation : approches avec des interventions novatrices en santé mentale.

Priorités

- Mobiliser les partenaires pour la promotion de la santé durable.
- Avoir un impact sur la santé durable des populations en déployant des projets de recherche innovants dans différents milieux de vie.

Enjeu

- Accroître la mobilisation de la communauté scientifique de VITAM et assurer une saine gestion du développement du centre.

3.3.6.3

Centre de recherche CERVO

Les réalisations des chercheurs du centre de recherche CERVO sont en lien avec la progression des connaissances sur les causes, la prévention et le traitement des maladies neurologiques et psychiatriques. Le centre compte 80 équipes de recherche, regroupant plus de 540 membres.

Réalisations

- Développement d'un outil clinique d'aide à la décision, à partir de 500 patients, basé sur la réponse de la rétine de l'œil à la lumière pour surveiller le risque de maladie mentale grave.
- Réalisation du projet *À visage humain* à l'interface de l'histoire, de l'art et de la science dont l'objectif est la déstigmatisation de la maladie mentale.
- Tenue du symposium international en neurophotonique à Québec sur les méthodes optiques avancées pour étudier les fonctions cérébrales, vers des opportunités cliniques et thérapeutiques.
- Création d'un consortium pancanadien de recherche sur le sommeil et l'insomnie, financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, sous la responsabilité de M. Charles M. Morin.

Priorités

- Signature d'un partenariat entre CERVO et l'Institut national d'optique (INO), pour créer un incubateur d'entreprises innovantes en sciences de la vie et en technologies médicales.
- Poursuite de la valorisation de la clinique d'imagerie cérébrale en santé mentale.
- Développement d'une unité de recherche clinique en thérapie somatique pour la santé mentale favorisant l'arrimage entre les chercheurs et les cliniciens.
- Mise en place d'un espace « carrefour » arrimant clinique de santé mentale, transfert des connaissances et recherche au sein de CERVO.



Une initiative du centre de recherche CERVO, l'exposition *À visage humain* allie savoirs, arts, mémoires et santé mentale, cela sous le chapeau de l'innovation. Photo : FHL.

Enjeux

- Renforcement du maillage entre la clinique et la recherche.
- Rehaussement de l'infrastructure de technologies de l'information.

3.3.6.4 Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)

Les réalisations du CRUJeF sont en lien avec la production de connaissances fondamentales sur l'enfance et la famille afin d'améliorer les services psychosociaux. Le centre compte 60 équipes de recherche, regroupant plus de 300 membres.

Réalisations

- Organisation du Mois scientifique du CRUJeF, sous le thème *Rallumer l'espoir : une série d'animations scientifiques pour mieux comprendre et soutenir la santé mentale des jeunes*. Ce thème a suscité un grand intérêt dans 15 pays de la francophonie avec 697 participants en direct, 2 405 visites sur le site Web du centre et 5 287 interactions sur *Facebook*.
- Production d'un rapport, en collaboration avec l'Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD), constituant un répertoire d'activités et de programmes relatifs à la problématique de l'exploitation sexuelle.

- Développement et validation d'un *Programme de soutien pour la parentalité et l'enfance au Québec* visant les familles vulnérables, utilisé par les services sociaux québécois et appuyé par des travaux d'implantation dans différentes régions du monde.
- Réalisation d'une étude de la trajectoire sociojudiciaire des enfants pris en charge par la *Loi de la protection de la jeunesse*. Elle décrit la durée des étapes d'intervention en protection de la jeunesse par la détermination des facteurs associés, des motifs qui les justifient et qui permettent de comprendre comment les systèmes judiciaire et social interagissent pour protéger les enfants.

Priorités

- Valoriser l'arrimage recherche et milieu de pratique par l'aide de diverses collaborations interdirections.
- Soutenir la réalisation de projets de recherche portant sur les populations, les interventions et l'organisation des services en lien avec la programmation du centre.

Enjeux

- Amélioration de la capacité des intervenants à s'appuyer sur des stratégies innovantes issues de la recherche.
- Recrutement de participants aux projets de recherche.
- Implication des répondants et des intervenants pivots de la recherche.
- Amélioration de la capacité des chercheurs à interagir avec différents secteurs des services sociaux.

3.3.7

DIRECTION DE LA VACCINATION (DV)

Réalisations

- Administration de 385 468 doses de vaccin d'agents immunisants (COVID-19, influenza, Pneu-P, vaccins jeunesse, variole) avec l'apport de 1 048 employés, dont 85 % viennent du programme gouvernemental *Je contribue!*
- Rattrapage de la vaccination contre la rougeole au printemps et à l'automne 2022.
- Soutien à la vaccination contre la variole simienne.
- Harmonisation des procédures de bris de chaîne de froid.
- Poursuite de l'offre de service de vaccination dans divers milieux :
 - En centres de vaccination de masse;
 - En CHSLD et en résidences privées pour aînés;
 - Au domicile des usagers rencontrant des difficultés de mobilité;
 - Dans les lieux de rassemblements extérieurs avec le « Vaccin-O-Bus »;
 - Dans les milieux de travail pour joindre les travailleurs étrangers;
 - En cliniques de proximité à différents endroits, dont plusieurs dans Portneuf et Charlevoix.
- Réalisation de plus de 101 746 tests de dépistage avec l'apport de 360 employés venant majoritairement du programme gouvernemental *Je contribue!*
- Déploiement du test de dépistage de l'influenza.
- Migration de la plateforme *Health Connect* vers Clic Santé pour les rendez-vous de dépistage.

Enjeux

- Mobilisation du personnel à l'égard de la pérennisation de la future Direction adjointe de la vaccination, dépistage et prélèvements.
- Ajustement de l'offre de vaccination et de dépistage dans un contexte de pérennisation des activités.

Priorités

- Planification des activités de transition vers les centres de vaccination, de dépistage et de prélèvements.
- Planification des nouvelles offres de services selon les orientations du MSSS.
- Planification des appels d'offres pour les futurs locaux des centres de vaccination, de dépistage et de prélèvements.

3.3.8

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (DSPu)

Réalisations

- Diffusion du rapport *Mon environnement, ma santé* portant sur la qualité de l'air dans Limoilou, Vanier et la Basse-Ville.
- Diffusion du rapport *Estimation de la taille de la population utilisatrice de drogues par injection dans la région de la Capitale-Nationale*.
- Administration de 211 223 doses de vaccins (excluant COVID et influenza) à la population, rattrapant ainsi une grande partie du retard causé par la crise de la COVID-19. De ce nombre, 44 % ont été administrés aux jeunes de 0 à 17 ans, 35 %, aux personnes de 18 à 64 ans et 21 %, aux 65 ans et plus.
- Réalisation de 4 220 dépistages dans le cadre des *Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (80 % à la clinique et 20 % dans les milieux fréquentés par ces usagers). Ce sont 498 cas positifs qui ont été dépistés par ces services.
- Implantation d'une nouvelle offre de service avec l'application de scellants dentaires destinée aux élèves de la 2^e du secondaire sur l'ensemble du territoire.
- Intervention de l'équipe Santé au travail dans 506 établissements, dont 41 ont nécessité l'implantation de programmes de santé spécifiques aux établissements.

Priorités

- Réalisation de projets transversaux selon les priorités établies par la direction :
 - Changements climatiques;
 - Développement des tout-petits;
 - Gestion et communications bienveillantes;
 - Inégalités sociales de santé;
 - Mesures d'urgence;
 - Santé des travailleurs;
 - Santé mentale;
 - Substances psychoactives;
 - Vieillesse en santé.
- Valorisation et appropriation des données de surveillance et de vigie afin d'influencer la planification des services et la prise de décisions du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Enjeux

- Positionner l'importance des activités de promotion de la santé et de prévention en amont de l'offre de services.
- Prioriser les activités de santé publique afin d'avoir un impact significatif auprès de la population, particulièrement sur les territoires socioéconomiquement plus défavorisés.

3.3.9 DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES, INSTITUTIONNELLES ET CORPORATIVES (DAJIC)

Réalisations

Affaires juridiques et corporatives

- Actualisation de la vision de la DAJIC et de son offre de services dans le but de tenir compte de son évolution depuis sa création, et ce, pour mieux servir les intérêts des usagers et ceux de l'établissement aux plans des actions de vigie, de prévention et d'interventions dans les dossiers litigieux.

- Complétion de la réorganisation du travail dans le secteur du droit de la santé, pour faire face à l'augmentation significative des dossiers litigieux et des demandes de services conseils depuis la création de la direction, tout en assurant le maintien de services de qualité au bénéfice des usagers et de l'établissement.
- Poursuite de la réorganisation du travail en droit de la jeunesse, pour faire face à l'augmentation significative des dossiers litigieux depuis la création de la direction, tout en assurant le maintien de services de qualité aux usagers et aux deux directions clientes (Direction du programme Jeunesse [DJ] et Direction de la protection de la jeunesse [DPJ]).
- Participation du secteur du droit de la jeunesse à la mise en œuvre d'actions prioritaires du *Plan d'action DJ-DPJ*, soit celles ayant pour but de diminuer la judiciarisation des dossiers et d'assurer une meilleure efficacité de l'utilisation des ressources, en diminuant le temps requis de leur présence devant les tribunaux.

Affaires institutionnelles et corporatives

- Actualisation du processus complet de gestion de conformité et de surveillance des ententes organisationnelles.
- Élaboration et actualisation du processus complet de gestion de conformité et surveillance des permis de l'établissement.

Priorités

- Actualisation de la réorganisation du travail en droit de la santé et de la vision renouvelée pour travailler davantage en amont et en proximité avec les directions clientes pour mieux répondre à leurs besoins.
- Poursuite des travaux en droit de la jeunesse du *Plan d'action DAJIC-DJ-DPJ* pour contribuer davantage au travail en amont, à la déjudiciarisation, à la réduction du temps en cour et au soutien des avocats auprès des intervenants.
- Détermination d'un nouveau mode de collaboration du secteur du droit du travail et de la santé et sécurité du travail (SST) avec les directions clientes pour mieux répondre à leurs besoins.
- Planification et mise en œuvre des actions requises pour effectuer la transition entre l'actuel conseil d'administration et les futures instances.

- Élaboration d'un processus de gestion contractuelle de l'établissement et d'un processus de suivi des ententes organisationnelles.
- Réalisation des activités en lien avec l'audit à venir de la norme « gouvernance », par Agrément Canada, en octobre 2024.

Enjeux

- Nombre très important de dossiers litigieux en droit de la santé et en droit de la jeunesse à assumer par des équipes restreintes d'avocats.
- Difficulté importante à recruter du personnel de soutien juridique, en raison d'une pénurie dans ce domaine et des conditions de travail très compétitives offertes dans le secteur privé.

3.3.10 DIRECTION DES PROGRAMMES DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME, ET DÉFICIENCE PHYSIQUE (DDITSADP)

Réalisations

- Mise en place du congé précoce assisté (CPA) pour la clientèle en attente de réadaptation fonctionnelle intensive au centre hospitalier.
- Implication dans le déploiement, l'identification des clientèles et l'ouverture de quatre maisons des aînés et maisons alternatives, en collaboration avec la DSAPA.
- Intensification des travaux de mise en valeur de la pratique clinique en résidence à assistance continue et en unité de réadaptation comportementale intensive (RAC-URCI).
- Révision de la structure de soutien clinique et création d'un nouveau poste d'adjoint à l'harmonisation et au développement des pratiques.
- Mise en place d'une équipe experte en soutien à domicile et en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (SAD-URFI) pour améliorer la fluidité dans le parcours de l'utilisateur et sa réadaptation vers la communauté.

- Nouvelle offre de services hybride (en groupe et individuelle) en réadaptation pour les usagers avec une douleur chronique.
- Plusieurs ententes de partenariat avec des organismes communautaires pour des activités de jour et des projets d'appartements communautaires.
- Déploiement et consolidation du continuum de services avec le programme *Agir tôt*, en collaboration avec la DJ.
- Révision des offres de services au soutien à domicile et en réadaptation pour éviter les bris de service.
- Déploiement d'une offre de service pour l'implant cochléaire dans l'ouest du Québec, en partenariat avec le CHU de Québec–Université Laval et le Centre universitaire de santé McGill, en respect des orientations ministérielles.

Priorités

- Révision du parc résidentiel en fonction du profil de la clientèle.
- Développement des cliniques externes spécialisées.
- Harmonisation et développement du soutien clinique.
- Intensification et diversification des services du soutien à domicile.
- Accroissement de l'accès et de la fluidité des services de réadaptation spécialisés en URFI et CPA.
- Ouverture des MDA MA.
- Partenariat avec les organismes communautaires pour favoriser l'intégration sociale et le maintien dans la communauté.
- Collaboration à la structure de gouverne régionale *Agir tôt*.
- Développement de l'offre de service « COVID longue ».
- Poursuite des trajectoires étudiantes.

Enjeux

- Recrutement, attraction et rétention de la main-d'œuvre.
- Main-d'œuvre indépendante (MOI).
- Accessibilité des milieux sécuritaires pour l'ensemble des usagers (environnement physique, jumelage-pairage).
- Rehaussement et consolidation des équipes médicales de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ).

3.3.11

DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE, DÉPENDANCES ET ITINÉRANCE (DSMDI)

Réalisations

- Offre de soins et de services en santé mentale audité par le Vérificateur général du Québec en regard des grands utilisateurs.
 - Ajout du volet Itinérance aux responsabilités de la direction.
 - Dépôt des résultats de l'analyse du parcours résidentiel pour les populations itinérantes.
 - Achèvement des travaux de vocation des lits permettant de réviser la programmation clinique des unités d'hospitalisation.
 - Poursuite du déploiement du *Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM)* et des trajectoires de soins et de services qui y sont associés.
 - Ouverture d'une unité de désintoxication modérée de 10 lits.
 - Accueil de 500 usagers sans médecin de famille par le biais du Pôle Santé mentale du GAP au cours de sa première année d'existence.
- Homologation avec succès du *Programme d'interventions pour premiers épisodes psychotiques*.
 - Développement d'une équipe en services spécifiques pour la clientèle âgée de 18 à 25 ans.
 - Bonification de l'offre de soins et de services dans le continuum de réadaptation en hébergement (CRH) pour les usagers présentant des troubles mentaux graves par l'ouverture :
 - D'une unité de transition pour les usagers avec le statut de niveau de soins alternatif (NSA);
 - D'une ressource intermédiaire de 40 places pour les usagers avec des troubles de comportement.
 - Développement du cadre de référence national pour le traitement intensif bref à domicile.

Enjeux

- Contrer la pénurie et les mouvements de main-d'œuvre.
- Atteindre les cibles d'accès, particulièrement dans les unités d'hospitalisation, dans les urgences psychiatriques et dans les services spécifiques des troubles mentaux fréquents.
- Réduire le nombre d'usagers NSA, notamment par le développement de places d'hébergement.
- Contribuer activement au soutien des personnes en situation d'instabilité résidentielle et d'itinérance.



Priorités

- Prévenir et réduire le recours aux urgences psychiatriques et à l'hospitalisation.
- Actualiser le mécanisme d'accès en santé mentale promulgué par le MSSS.
- Améliorer l'accès, la fluidité et la continuité dans l'ensemble des continuums de services.
- Développer des services spécialisés pour les troubles mentaux fréquents dans la région de Charlevoix.
- Maintenir les collaborations intersectorielles en matière de lutte à l'itinérance.

3.3.12 DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES (DRF)

Réalisations

- Mise en place d'espaces de travail partagés pour le personnel en télétravail.
- Application de la norme comptable (SP 3280) sur les obligations liées à la mise hors service d'immobilisations.
- Consolidation des coûts associés à la COVID-19 et des dépenses postpandémiques.
- Accompagnement financier des dépenses postpandémiques des milieux privés (RPA, CHSLD, CHSLD privé non conventionné et RI-RTF).
- Optimisation du processus de paiement des fournisseurs de la main-d'œuvre indépendante.
- Application des modalités de rémunération des conventions collectives signées à la fin de 2022, début de 2023, selon les diverses ententes syndicales.

Priorités

- Relancer le processus de gestion de la performance financière (GPF) dans le but d'utiliser les sommes confiées au CIUSSS de la Capitale-Nationale par le MSSS de façon optimale pour les services à la population de la Capitale-Nationale.
- Développer une culture de gestion financière pour avoir une meilleure qualité de la donnée et ainsi mieux utiliser les fonds publics.

- Favoriser l'implantation optimale des nouveaux systèmes d'information Finances-approvisionnements (SIFA) et Ressources humaines-paie (SIRH).
- Poursuivre la mise en place du financement axé sur le patient (FAP) et du coût par parcours de soins et services (CPSS).
- Mettre en place une structure de gouvernance favorisant l'efficacité, l'accessibilité et l'agilité de nos activités.
- Explorer de nouvelles approches de recrutement pour combler les besoins de main-d'œuvre.

Enjeux

- Impact financier de l'augmentation importante de l'indice des prix à la consommation sur les achats de l'établissement.
- Gestion optimale des montants à percevoir du MSSS pour réduire l'utilisation de la marge de crédit.
- Maintien du sentiment d'appartenance dans un contexte de télétravail.
- Recrutement et rétention du personnel qualifié.

3.3.13 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS (DRHC)

Réalisations

- Projet pour la définition de la marque Employeur visant à définir la proposition de valeur employé avec la voix des employés.
- Sondage de mobilisation permettant d'orienter les actions en lien avec les besoins des employés.
- Structure et actions concrètes en lien avec la transformation numérique, ce qui contribue à l'évolution de l'organisation vers plus d'efficacité et de satisfaction des employés.
- Sélection et embauche de 2 358 personnes avec plusieurs actions visant l'amélioration du processus d'accueil et d'intégration des nouveaux employés.
- Déploiement du programme *Veilleurs* et intensification des actions de soutien à la détermination et la mitigation des risques psychosociaux dans les milieux de travail.

- Démarche DO-RH Ensemble visant l'accompagnement des cadres supérieurs et de leurs équipes de gestion permettant la récupération, la résilience et l'évolution des pratiques managériales.

Priorités

- Optimiser les processus de recrutement, d'intégration et d'accompagnement des cadres et des employés.
- Déployer la marque Employeur, en soutien aux efforts de recrutement.
- Réviser le modèle de gestion et intensifier l'accompagnement et le soutien au développement des cadres.
- Mettre en place des moyens pour promouvoir les bonnes pratiques en matière de santé, sécurité et bien-être au travail.
- Déployer l'autogestion des horaires pour impliquer les employés dans la planification de leur horaire et permettre une agilité dans la communication avec le gestionnaire dans la gestion des horaires en continu.
- Contribuer aux projets visant l'optimisation interdirections en gestion des ressources humaines.

Enjeux

- Écart très élevé entre les besoins et la main-d'œuvre disponible dans nos territoires.
- Conditions de travail non compétitives avec le privé et la fonction publique, ce qui freine l'attraction de ressources humaines.
- Proportion très importante de cadres ayant trois ans et moins d'expérience.

3.3.14 DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSM)

Réalisations

- Accompagnement en services psychosociaux lors de 28 interventions de sécurité civile.
- Services de proximité aux familles issues des communautés interculturelles pour favoriser leur intégration.

- Services d'accès intégré et harmonisé (AIH) pour les programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, soins infirmiers, santé physique, services communautaires en langue anglaise et santé publique.
- Tournée des différents partenaires et révision des outils Web destinés à la population et aux référents externes.
- Poursuite du déploiement en CLSC du *Programme québécois pour les troubles mentaux* (PQPTM).
- Visite d'Agrément Canada ciblant les services sociaux généraux et obtention d'une note de conformité de 97 %.
- Coordination régionale du plan d'action *Chez soi : Le premier choix* pour favoriser la relocalisation des personnes âgées en centres hospitaliers vers leur domicile.
- Déploiement en CLSC du Dossier patient électronique.
- Augmentation de 70 % du nombre de bénévoles, création de nouveaux outils et partenariats.
- Adoption d'actions prioritaires en prévention du suicide.
- Élaboration de formations sur la prise de décision partagée, le consentement aux soins et la collaboration interprofessionnelle (CIP) à l'intention des MDA MA.
- Diffusion du guide de pratique sur l'évaluation en orthophonie pour la clientèle allophone.
- Actualisation d'un plan d'action sur la qualité des services en inhalothérapie.
- Développement d'un guide d'intervention et du soutien clinique en violence conjugale et agressions sexuelles.
- Développement de formations à l'intention des travailleurs sociaux en suivi des dispositions législatives en matière de protection des personnes et traitement de 1 600 demandes, dont 430 ont nécessité un soutien particulier.

Priorités

- Révision de la politique *Code blanc* des mesures d'urgence.
- Intégration des nouvelles dispositions de la *Loi sur l'accès aux documents publics et la protection des renseignements personnels*.
- Déploiement de la gestion intégrée documentaire.
- Développement des services aux proches aidants et du soutien aux intervenants pour contrer la maltraitance envers les aînés.
- Développement d'une offre de service de liaison dans les urgences de Portneuf.
- Mise en place du projet demandeurs d'asile.

Enjeux

- Adapter l'offre de services psychosociaux en réponse au nombre accru de demandes d'accès dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

3.3.15 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP)

Réalisations

- Inscriptions collectives en groupe de médecine de famille pour 112 000 usagers en attente sur le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).
- Amélioration de l'accès pour les usagers sans médecin de famille ou inscrits collectivement par le déploiement du Guichet d'accès à la première ligne (GAP).
- Intégration et consolidation des équipes interprofessionnelles travaillant dans les GMF, les GMF accès-réseau (GMF-AR) et GMF universitaires de Québec (GMF-U).
- Soutien à la mise en place du nouveau comité de direction du Département régional de médecine générale (DRMG).
- Amélioration des processus liés aux mouvements des effectifs médicaux, dentaires et pharmaceutiques de l'établissement.
- Évaluation de la norme télésanté lors d'une visite d'Agrément Canada, où tous les critères ont été jugés conformes.

- Collaboration à des formations sur l'aide médicale à mourir (AMM), offertes à l'ensemble du réseau.
- Implantation d'un nouveau logiciel de dossier médical électronique (DME).
- Révision de la structure de gouvernance du département de pharmacie, comprenant tous les projets de soins et services pharmaceutiques.

Priorités

- Améliorer l'expérience des usagers lors de leurs appels au GAP.
- Développer un tableau de bord pour le DRMG.
- Assurer le développement et la stabilisation des équipes en fonction des programmes GMF, GMF-AR et GMF-U.
- Déployer le PQPTM dans les GMF.
- Épurer les listes d'attente au Centre de répartition des demandes de services.
- Améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans l'établissement.
- Soutenir les cliniciens en lien avec les changements législatifs annoncés pour l'AMM.
- Implanter le DME à l'intention de certains professionnels en CLSC.
- Adopter des règles d'utilisation des ressources dans certains secteurs.
- Consolider les pratiques de gestion participative et de proximité dans la direction.
- Implanter les ententes de pratique avancée en partenariat pour les pharmaciens conclues avec les départements médicaux.
- Mettre à niveau des équipements en pharmacie et optimiser le circuit du médicament.

Enjeux

- Recrutement de médecins, de dentistes et de pharmaciens dans certains secteurs.
- Allocation des ressources humaines dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.
- Volume de demandes au GAP en constante augmentation.

3.3.16

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES (DST)

Réalisations

- Déploiement de l'offre de services DST en lien avec les formations et exercices Code rouge/Code vert ainsi que la protection incendie.
- Processus d'appel d'offres du projet majeur en efficacité énergétique avec performance garantie.
- Mise en place du comité de développement durable et adoption de sa charte de fonctionnement.
- Démarrage du projet de tri des résidus alimentaires dans les installations ciblées avec l'appui financier de Recyc-Québec.
- Réalisation du déménagement de 695 employés.
- Début d'un programme de parrainage en ressources humaines.
- Affichage continu de titres d'emploi critiques.
- Réalisation d'investissements de 30 M\$ prévus dans le Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI) ainsi que 6 M\$ au Plan de conservation en équipement et mobilier (PCEM).

Priorités

- Compléter la restructuration de la DST avec l'embauche de plusieurs nouveaux gestionnaires.
- Définir un comité de travail sur les 8 dossiers prioritaires ciblés par la DST.
- Poursuivre la gestion des affectations, du rehaussement de postes et procéder à la surdotation.
- Poursuivre la réalisation des projets majeurs organisationnels.
- Effectuer l'inspection quinquennale des façades des bâtiments de grande hauteur.
- Démarrer un plan directeur clinique et immobilier.
- Faire réaliser un projet pilote pour la désinfection par une équipe spécialisée.

Enjeux

- Manque de ressources humaines entraînant des bris de service dans plusieurs secteurs de la DST.
- Conditions salariales désavantageuses par rapport aux autres secteurs d'emploi pour les métiers spécialisés de la construction et du génie, rendant l'attraction et la rétention de personnel très difficile.
- Mobilisation importante des ressources pour les projets majeurs organisationnels.
- Mise en fonction des MDA MA.
- Poursuite de la gestion des affectations à la suite de la réorganisation.

3.3.17

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

Réalisations

- Ouverture en février 2023 du tomodensitomètre de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul.
- Transformation de la clinique désignée pédiatrique du Jeffery Hale en clinique d'urgence mineure.
- Mise en place du projet *Tout doux* à l'urgence de l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Beaupré qui utilise une nouvelle approche auprès des usagers pédiatriques lors d'une procédure douloureuse.
- Inauguration en juin 2022 de la nouvelle urgence de l'Hôpital régional de Portneuf.
- Mise en place d'une offre de services de première ligne en soins infirmiers afin de répondre aux besoins grandissants des usagers sans médecin de famille atteints de maladies chroniques.
- Soutien à la création des trajectoires associées à la mise en place du GAP et à la construction de la structure clinique du pôle maladies chroniques pour la clientèle orpheline.
- Création de 20 nouveaux postes d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et implication soutenue des IPS pour répondre à des besoins populationnels prioritaires tels que la crise pédiatrique, les suivis périodiques de 0 à 5 ans, la découverte médicale en CHSLD et la santé sexuelle.



Programme d'intégration professionnelle en milieu clinique pour les infirmières ou infirmiers diplômés hors Canada.

Priorités

- Actualiser le plan clinique d'agrandissement de l'Hôpital de La Malbaie.
- Développer les différentes modalités interdirections pour améliorer la fluidité dans le parcours de soins hospitaliers de l'utilisateur.
- Actualiser la réalisation des travaux de rénovation pour la mise à niveau des salles de radiographie dans Québec.
- Optimiser le champ d'exercice infirmier et la contribution des membres de l'équipe de soins afin de répondre aux besoins des usagers et de leurs proches, selon les standards attendus.
- Contribuer à l'intégration et au soutien des nouveaux diplômés, dont ceux hors Canada accueillis dans les régions de Portneuf et de Charlevoix.

Enjeux

- Couverture de la garde psychosociale et du service social dans les urgences de Charlevoix.
- Recrutement du personnel en soins infirmiers pour l'unité de soins à l'Établissement de détention de Québec.
- Maintien des plans d'amélioration continue en contexte de pénurie de main-d'œuvre.
- Connaissance du rôle de l'IPS, qui demeure à promouvoir afin d'optimiser le rôle et la mobilisation des milieux cliniques quant à l'offre de stage.
- Complexité croissante des soins aux usagers dans un environnement normatif strict, en contexte de pénurie de personnel infirmier.

3.3.18 DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE (DJ)

Réalisations

- Implantation d'une *Aire ouverte* qui vise à offrir aux jeunes de 12 à 25 ans en situation de vulnérabilité, d'exclusion sociale ou de marginalisation, des services de santé globale.
- Actualisation du programme *Agir tôt* par la mise en place des continuums de services en retard langagier et en retard global de développement.
- Consolidation du *Programme pour premiers épisodes psychotiques* (PPEP) par son homologation et le recrutement d'un pair aidant en pédopsychiatrie.
- Déploiement de l'*ABCdaire 18 mois+* lors de la vaccination de l'enfant pour détecter des indices de retard de développement et offrir les services requis à l'enfant et à sa famille.
- Mise en place d'un projet pilote visant à dédier une équipe d'agents d'intervention aux 9 foyers de groupe de la DJ pour assurer la sécurité des jeunes et du personnel par des actions préventives.
- Démarche d'amélioration collective de la pratique en soins infirmiers et en réadaptation sur les unités de soins en pédopsychiatrie.
- Implantation du PQPTM par l'intégration des outils de détection et le développement du modèle de soins par étapes.

Priorités

- Suivi du plan d'action en santé mentale jeunesse pour améliorer l'accès aux services de proximité.
- Révision du mécanisme d'accès aux services du programme *Jeunesse*.
- Optimisation de la prise en charge des dossiers à l'application des mesures en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* pour assurer l'accessibilité aux services.
- Poursuite du déploiement des programmes *Agir tôt* et PQPTM, ainsi que des actions prévues au *Plan d'action interministériel en santé mentale*.
- Développement d'une offre de service pour faciliter la transition à la vie adulte des jeunes par le biais d'un projet de logement social (Le Zénith).

Enjeux

- Recrutement et rétention du personnel assigné dans les unités de soins et les foyers de groupe de réadaptation.
- Augmentation des demandes de service dans l'ensemble du continuum jeunesse (services Jeunes en difficulté [JED] de proximité, application des mesures [LPJ] et santé mentale jeunesse).

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

3.3.19.1 Volet hébergement (DSAPA-HEB)

Réalisations

- Production de fiches pour la prévention du déconditionnement à l'intention des proches aidants et des employés.
- Élaboration et implantation de la formation Gestion rationnelle de l'intégrité physique des personnes âgées (GRIPPA).

- Ouverture d'unités spécifiques pour les résidents des CHSLD suivants :
 - Donnacona;
 - Saint-Antoine;
 - Limoilou.
- Plusieurs travaux pour la réalisation du projet de MDA MA.
- Travaux sur l'harmonisation de l'offre de services professionnels et de loisirs.
- Révision du processus d'accueil, d'orientation et d'intégration pour l'ensemble des employés et des gestionnaires de la Direction SAPA – volet Hébergement.
- Réorganisation du travail pour établir un processus commun visant une répartition équitable des ressources en fonction des présences journalières et des ratios attendus en CHSLD pour maintenir une offre de service sécuritaire et de qualité, selon les niveaux de criticité.
- Appropriation de l'autogestion des éclosions.
- Finalisation de l'implantation des salles de communication.
- Mise en place de l'équipe de coordination d'activités à l'hébergement.

Priorités

- Terminer la conversion de lits pour répondre aux besoins des cas complexes.
- Accueillir, orienter et intégrer les employés venant d'autres pays.
- Actualiser les divers projets d'horaires atypiques.
- Ouvrir les quatre MDA MA sur le territoire de la Capitale-Nationale.

Enjeux

- Recrutement pour l'ouverture des MDA MA.
- Couverture médicale en CHSLD.

3.3.19.2

Volet soutien à domicile, services gériatriques spécialisés et soins palliatifs et de fin de vie (DSAPA-SAD-SGS-SPFV)

Réalisations

- Consolidation du *Programme de prévention du déconditionnement chez la personne âgée*.
- Création de caucus fluidité servant à déterminer les enjeux liés à la sortie des usagers sur civière sans requis d'hospitalisation admis en unité de courte durée gériatrique (UCDG) avec le CHU de Québec-Université Laval pour diminuer la durée de leur séjour à l'urgence.
- Maintien des caucus quotidiens au sein des équipes pour assurer le respect des trajectoires et déterminer les enjeux qui seront nommés au caucus fluidité.
- Diffusion à l'ensemble des partenaires hospitaliers de la politique de soutien à domicile *Chez soi : Le premier choix* afin de faire connaître et valoriser les services de soutien à domicile.
- Implantation de la *Suite Maya* dans le secteur de Charlesbourg.
- Informatisation des dossiers au SAD.
- Mise en place de la coordination des lits en UCDG et des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI).
- Rehaussement de la structure de soutien clinique des professionnels.
- Transformation des services gériatriques externes.

Priorités

- Consolider la transformation des services gériatriques externes.
- Contribuer au plan d'action régional *Chez soi : Le premier choix* en collaboration avec les partenaires hospitaliers et ainsi faciliter la fluidité hospitalière.
- Développer des lits communautaires en partenariat avec les RPA pour éviter le recours à l'urgence.
- Réviser l'offre de services des centres de jour en lien avec le cadre de référence du MSSS.

Enjeux

- Accessibilité aux services du SAD selon les critères de priorisation.
- Déploiement de l'offre de services du SAD 24 heures/24, 7 jours/7.
- Intégration de différents titres d'emploi au sein de la direction pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre.
- Présence importante de la main-d'œuvre indépendante dans la continuité des services, principalement pour le volet 24/7.

4

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

OBJECTIF

OFFRIR UN ACCÈS PLUS RAPIDE AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.09.27-PS Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille	78,4	84	72,58	85
1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	518 378	560 687	490 780	521 536

Avec un résultat de 72,58 %, la cible du plan stratégique de 85 % n'est pas atteinte pour ce qui est du pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille. Cet indicateur voit sa performance diminuer de 7,4 % par rapport à l'année dernière (78,40 %). Pour ce qui est du nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF, le résultat est de 490 780, ce qui représente une diminution de 5,3 % par rapport à l'année précédente (518 378) et un écart de 30 756 personnes par rapport à la cible du plan stratégique (521 536).

À la suite d'une entente avec les médecins de famille, le MSSS a permis que les patients en attente d'une inscription individuelle pour un médecin de famille soient inscrits collectivement à une clinique médicale. Cette dernière devient alors le lieu prioritaire où le patient est orienté par le GAP pour accéder à un professionnel de la santé au moment opportun et conformément à son besoin. Au 31 mars 2023, les médecins de la Capitale-Nationale avaient inscrit collectivement 123 251 patients, qui pouvaient dès lors accéder plus facilement aux services dont ils avaient besoin. Par ailleurs, le GAP répond aux besoins de tous les patients orphelins, qu'ils soient inscrits collectivement à une clinique ou non.

À l'image des dernières années, la démographie médicale sur le territoire de la Capitale-Nationale reste un enjeu important. En effet, de nombreux médecins ont pris leur retraite et ont dû rediriger leurs patients vers le Guichet d'accès à un médecin de famille. Les cibles de recrutement des médecins visant à assurer à la population une plus grande équité d'accès aux services médicaux n'ont pas permis de remplacer les départs à la retraite de manière systématique.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé récemment que les règles de répartition des médecins de famille dans chacune des régions de la province seraient modifiées pour apporter une plus grande flexibilité dans le recrutement des médecins. De plus, le GAP est désormais pleinement déployé dans la région de la Capitale-Nationale. Ce guichet a pour but d'offrir à la population sans médecin de famille l'accès à un professionnel de la santé au moment opportun et conformément à son besoin. Il permet d'assurer une équité dans l'accès aux soins et services pour les patients orphelins inscrits collectivement à une clinique (ou non) et de répondre à leurs besoins ponctuels dans l'attente de leur inscription à un médecin de famille.

OBJECTIF DIMINUER LE TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.09.16 PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	119	120	135	88
1.09.01 PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	8	9,3	8,71	7,4

Pour l'année 2022-2023, le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire est de 135 minutes. Ce résultat n'atteint pas l'engagement de cette année, établi à 88 minutes. La performance de cet indicateur a diminué de 13,4 % par rapport à l'année dernière (119 minutes).

Dans les services d'urgences 24 heures, un seul médecin est présent par quart de travail, ce qui allonge le délai de prise en charge pour répondre à la fois aux patients sur civière et à ceux des ambulances. Une augmentation du nombre de visites cette année a été observée, en plus d'une augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, ce qui apporte complexité et lourdeur à l'évaluation pour les médecins.

L'augmentation significative de 24 194 visites cette année en comparaison à l'année 2021, associée à une hausse du nombre de patients couchés sur civière (3 569 de plus), apporte un élément de complexité à la prise en charge dans le contexte des petites urgences. Une augmentation du nombre de patients arrivés par ambulance (8 120, en comparaison à 7 612 l'an dernier) a été notée.

Le nombre de plages de GMF disponibles en réorientation sera augmenté en vue d'améliorer la prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire. Un référencement adéquat sera également mis en place en favorisant le bon patient au bon endroit par le bon professionnel.

Au 31 mars 2023, la durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière est de 8,71 heures. L'engagement de 7,4 heures n'est pas atteint et la performance a légèrement diminué comparativement à l'année précédente (8 heures).

Certains services d'urgences de notre établissement, à l'exception de ceux de Charlevoix, n'ont pas de lits d'hospitalisation et les patients doivent être transférés à Québec. Le manque de places dans les grands centres de la région génère des retards dans les transferts, ce qui allonge le temps des séjours sur civière. De plus, les urgences de notre établissement ne disposent pas d'un service de nuit pour les laboratoires ou les examens d'imagerie; ceux-ci sont disponibles uniquement lorsque l'état du patient ne peut attendre au lendemain (sauf Charlevoix).

Une augmentation des 24 heures sur civière, passant de 8 % l'an dernier à 11,8 % cette année, et des 48 heures, passant de 0,7 % à 1 % en raison des difficultés de retour à domicile, des difficultés de transfert ou de la complexité d'investigation a été observée. Par manque de personnel, les hôpitaux de Charlevoix ont dû fermer des lits à l'hospitalisation, ce qui a un impact important sur la performance globale de l'établissement. L'Hôpital de La Malbaie a fermé 9 lits depuis 18 mois et l'Hôpital de Baie-Saint-Paul, 3 lits de soins intermédiaires, en plus d'un lit de courte durée fermé depuis décembre 2021 pour les mêmes raisons.

La nomination d'un coordonnateur médical pour la fluidité hospitalière dans les deux hôpitaux de Charlevoix est effective depuis 2 mois. Un suivi à l'effet de cette mesure sera réalisé. Un caucus journalier de fluidité des urgences ainsi qu'un caucus d'arrimage interétablissements sont mis en place pour augmenter la fluidité régionale.

OBJECTIF

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	1 001	1 106	1 255	992

Au 31 mars 2023, 1255 personnes étaient en attente d'un service en santé mentale. Ce résultat représente une hausse d'environ 25,4 % comparativement à l'année précédente (1001 personnes), diminuant ainsi la performance de l'indicateur.

Concernant les services en santé mentale pour la clientèle jeunesse, une augmentation de la demande est constatée, et ce, depuis la pandémie. En effet, comparativement à l'année 2021-2022, une hausse de 40 % des demandes assignées aux services en santé mentale jeunesse pour l'année 2022-2023 a été observée. Plusieurs éléments peuvent être contributifs, comme la détresse plus importante chez les jeunes.

Parallèlement à cette augmentation de la demande, le contexte de rareté de ressources humaines a constitué un enjeu majeur. Effectivement, certains postes de professionnels vacants ont réduit la capacité des équipes à répondre à l'ensemble des besoins signifiés par les jeunes selon les modalités d'intervention antérieures.

En santé mentale adulte, particulièrement pour les services spécifiques, la difficulté de remplacement du personnel au sein de l'équipe de coordination des demandes a causé une diminution des traitements des demandes entre le mois de juin et le mois de novembre 2022, alors que le nombre de demandes, lors de la dernière année financière, a connu une augmentation. L'équipe n'a donc pas été en mesure de faire diminuer le nombre de personnes en attente.

Les demandes de services spécialisés (services de 2^e et 3^e lignes), quant à elles, ont connu une hausse de 14,3 % en 2022-2023 par rapport à l'année précédente. Toutefois, la diminution de la capacité à attribuer des dossiers à des psychiatres, après le départ à la retraite de cinq d'entre eux pendant la dernière année, explique l'augmentation des demandes de services en attente pour ce secteur.

Concernant les services pour la clientèle en jeunesse, un plan d'action est en cours de réalisation. Il comprend les axes d'interventions suivants en vue d'agir systématiquement sur plusieurs variables :

- Augmentation de l'offre de services en amont;
- Choix de la pertinence de l'orientation des demandes en fonction du service requis en intégrant les outils d'appréciation RCADS (Échelle d'anxiété et de dépression pour enfants, révisée, de Chorpita) et WSAS-Y (Questionnaire d'appréciation de l'adaptation relative aux activités sociales et aux travaux scolaires), privilégiés par le MSSS dans le cadre du PQPTM;
- Bonification et diversification de l'offre de services en intégrant une offre de groupe;
- Optimisation de la charge de cas des intervenants;
- Bonification des actions favorisant le recrutement;
- Relance des usagers en liste d'attente pour offrir une première intervention de groupe.

En santé mentale adulte, la mise en place d'un tableau de bord de gestion ainsi que la poursuite du développement du PQPTM contribueront à améliorer l'accès aux services spécifiques.

Pour les services spécialisés, les actions suivantes permettront une meilleure prise en charge des demandes de services :

- Révision du processus d'attribution des demandes en cours;
- Plan d'action en cours sur la valorisation des cliniques externes permettant notamment d'augmenter la contribution des professionnels au sein de ces équipes;
- Augmentation du nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPS-SM) en clinique externe;
- Implantation du cadre de référence sur le mécanisme d'accès en santé mentale (MASM).

OBJECTIF AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉPENDANCE

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	6 894	7 116	7 381	7 338

Avec un résultat de 7 381, le nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance a augmenté en 2022-2023. L'engagement annuel établi à 7 338 personnes est atteint et la performance de cet indicateur a augmenté d'environ 7 % comparativement à l'année dernière (6 894).

La reprise de l'ensemble des services après la pandémie de COVID-19 ainsi que l'ajout de nouveaux services a permis de rejoindre davantage d'usagers en CLSC.

OBJECTIF AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A, B, C, D, E) A = 3 jours et moins; B = 10 jours et moins; C = 28 jours et moins; D = 3 mois et moins; E = 12 mois et moins	49	80	41,4	85
1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	1	0	2	0
1.09.32.10 PS Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 6 mois	8	0	16	0
1.09.33.01 PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	95,5	90	85,7	90
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	100	100	100	100

Pour l'année 2022-2023, le pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (priorités A, B, C, D et E) est à 41,4 % et n'atteint pas l'engagement établi à 85 %. La performance de cet indicateur a diminué de 15,5 % comparativement à l'année précédente (49 %).

Le retard, dû aux reports successifs des rendez-vous générés par les délestages en milieu hospitalier durant la période pandémique, est en train d'être récupéré. La principale préoccupation vécue par les spécialistes actuellement est la reprise des rendez-vous de contrôle qui ont d'ailleurs été grandement affectés.

Soulignons que l'offre de services du Centre de répartition des demandes de services (CRDS) représente une faible proportion de la prise en charge des rendez-vous pour l'ensemble des spécialités. Des demandes non prises en charge par le CRDS proviennent d'autres spécialistes ou des services d'urgence, ce qui représente un grand défi pour les ressources en place (spécialistes, infirmières, soutien médical et administratif), dont le nombre est restreint. En effet, le manque de ressources a un impact important sur l'offre de services du CRDS.

L'accès plus grand aux chirurgies, la réorientation des demandes urgentes pour le désengorgement des services d'urgence vers les spécialités constituent également des facteurs importants à la diminution de l'offre de services du CRDS. Parallèlement, l'augmentation de la population vieillissante ainsi que l'augmentation du nombre de services sollicités ont un impact direct sur le délai de prise en charge.

En outre, le nombre de patients ne se présentant pas au rendez-vous semble influencer l'offre de services et par le fait même le délai de prise en charge, puisqu'un nouveau rendez-vous doit alors leur être attribué, diminuant ainsi l'efficacité du processus.

Les demandes de service provenant d'autres régions comme Chaudière-Appalaches, Mauricie, Saguenay, Côte-Nord et Bas-Saint-Laurent semblent influencer aussi la prise en charge dans les délais. Majoritairement, les demandes se retrouvent déjà hors délais une fois arrivées dans la région de la Capitale-Nationale. Avec 16 132 demandes provenant de l'extérieur de la région, représentant environ 19 % du total des demandes, le délai de prise en charge augmente inévitablement, car les spécialités ne sont pas toujours en mesure d'offrir davantage de plages horaires pour venir en aide aux autres régions.

Provenance des demandes	Délais	Hors délais	Hors délais (%)	Total
Capitale-Nationale	33 872	52 194	60,0	86 066
Autres régions	5 382	10 750	66,6	16 132
Total des régions	39 254	62 944	61,6	102 198

Pour l'avenir, le CIUSSS de la Capitale-Nationale prévoit de mettre en place les mesures correctrices suivantes pour améliorer les résultats :

- Rappel automatique des rendez-vous pour diminuer l'absence des patients au rendez-vous;
- Amélioration du service à la clientèle auprès des patients dans les centres hospitaliers afin d'annuler ou de reporter leur rendez-vous, s'il y a lieu;
- Épuration des listes d'attente;
- Sensibilisation de l'impact de l'entraide auprès des autres régions sur la performance auprès du ministère et des demandes de priorité clinique E;
- Poursuite du travail conjoint avec les spécialités pour améliorer l'accès;
- Détermination des enjeux qui sont des bloquants par rapport à l'accès, en favorisant une meilleure prise en charge, notamment des prérequis;
- Plus grande utilisation du conseil numérique et poursuite des consultations téléphoniques.

Au 31 mars 2023, 2 demandes de chirurgie en orthopédie à l'Hôpital de La Malbaie sont en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies. L'engagement de 0 patient n'est pas atteint pour cette année. Pour le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois, le résultat est de 16 patients pour l'année 2022-2023. L'engagement de 0 patient est loin d'être atteint et la performance de cet indicateur a diminué comparativement à l'année précédente (8). Le pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours est 85,7 %. Ce résultat n'atteint pas l'engagement établi à 90 % et la performance de l'indicateur a diminué par rapport à l'année dernière (95,5 %). Le pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours est de 100 %. L'engagement annuel établi à 100 % est atteint.

L'absence pour maladie d'un chirurgien orthopédiste au cours de l'année 2022-2023 a eu pour effet d'augmenter les rendez-vous réalisés hors délais sur la liste d'attente des demandes de chirurgie pour cette spécialité.

Pour les chirurgies oncologiques, compte tenu du petit nombre de patients traités, avoir 2 patients traités en dehors du délai de 28 jours fait basculer l'atteinte de la cible à une non-atteinte de la cible. Aucun enjeu particulier dans ce secteur n'explique la non-atteinte du résultat.

La nomination d'un coordonnateur médical des blocs opératoires dans chacun des 2 sites de Charlevoix a été effectuée.

Un comité de vigie fonctionnel a été mis en place afin de prioriser les cas opératoires et de valider les besoins, de modifier les priorités opératoires : coordonnateur médical bloc-ASI et chef de service au besoin.

Des demandes ont été faites au chef du groupe des orthopédistes afin de prioriser les orthopédistes ayant une longue liste d'attente et hors délais dans l'horaire de l'année 2023.

Une présentation des requêtes opératoires aux spécialistes est réalisée lorsqu'un dépassement de délai est anticipé.

Les travaux de mise en place des règlements du bloc opératoire ont pris du retard, mais tout sera actualisé probablement à l'automne 2023. Ce règlement balisera les procédures des priorités opératoires.

OBJECTIF

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE, UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.47 PS 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	1 800	1 879	1 826	1 903

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 1826 à la fin de l'année 2022-2023. L'engagement de 1903 places n'est pas atteint. Une amélioration de la performance de 1,4 % par rapport à l'an dernier (1800) a été observée.

La diminution du volume de places est attribuable à la fermeture de places en résidences de type familial, par fin de contrat ou par le biais d'ententes de gré à gré. L'ouverture de 2 maisons alternatives prévues en 2022-2023 a malheureusement été retardée en raison des délais liés à la construction.

Le nombre de places sera rehaussé au cours de la prochaine année grâce à l'augmentation de la capacité en ressources intermédiaires (processus d'appels d'offres en cours), de l'ouverture de 4 maisons alternatives, ainsi que de l'ouverture d'appartements supervisés aux Habitations Charles-IV à Sainte-Foy.

OBJECTIF

AUGMENTER LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.03.05.05 PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	2 687 731	2 171 953	3 350 751	2 258 831
1.03.05.06 PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	34 457	32 168	35 149	32 369

Avec un résultat de 3 350 751 au 31 mars 2023, le nombre total d'heures de service de soutien à domicile a dépassé l'engagement fixé à 2 258 831. La performance de cet indicateur a augmenté de 24,7 % comparativement à l'année dernière (2 687 731). Pour l'année 2022-2023, le nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile est de 35 149. Ce résultat dépasse l'engagement établi à 32 369 et représente une augmentation d'environ 2 % comparativement à l'année précédente (34 457).

La pression démographique liée au vieillissement de la population est extrêmement forte sur les équipes offrant du soutien à domicile. Ainsi, des 663 020 heures additionnelles en soutien à domicile, plus de 451 365 sont liées aux profils de soutien à l'autonomie des personnes âgées, soit 68 % des heures additionnelles observées. Afin de permettre ce niveau d'augmentation d'heures, l'utilisation accrue de différentes modalités d'aide à domicile a été nécessaire. Cela a entraîné la mise à contribution des résidences pour personnes âgées dans la dispensation d'aide à domicile, dorénavant balisée par un cadre de référence adopté par le CIUSSS de la Capitale-Nationale et la hausse importante des heures en modalité chèque emploi-service pour la clientèle de soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Par ailleurs, la hausse du nombre d'utilisateurs des services de soutien à domicile est associée à l'augmentation du nombre d'utilisateurs au soutien à l'autonomie des personnes âgées, mais aussi à ceux de santé physique de courte durée.

OBJECTIF

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES DESTINÉS AUX ENFANTS, AUX JEUNES ET À LEURS FAMILLES

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques qui collaborent avec le CIUSSS - promotion de la santé et prévention	14,1	55	77,1	55
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	87,2	93	86,4	93
1.01.28-PS Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle	69,4	90	55	90
1.01.29-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	2 469	3 250	2 770	3 250
1.01.30-EG2 Proportion des enfants âgés de 18 mois au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle	65,6	90	50,4	90
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4 ^e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	18,6	90	ND	90
1.06.04-PS Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	30,90	15,80	27,61	15,80
1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme <i>Agir tôt</i>	545	390	700	585

Pour l'année 2022-2023, le pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles le CIUSSS collabore pour la planification globale et concertée et la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et en prévention en contexte scolaire est de 77,1 %. Ce résultat dépasse l'engagement établi à 55 % et a considérablement augmenté comparativement à l'année précédente (14,1 %).

Ce résultat s'explique, entre autres, par l'augmentation du nombre d'interventions ponctuelles réalisées auprès des écoles, mais également auprès des centres de services scolaires (CSS). Afin de s'adapter aux besoins des écoles et pour pallier le nombre restreint de ressources, quelques outils autoportants (capsules vidéo explicatives, formations, etc.) ont été créés. L'ajout de ressources humaines (conseillère en promotion de la santé et prévention – santé mentale positive) qui agissent à titre d'agent de liaison a facilité les collaborations avec les milieux scolaires. De plus, la révision des méthodes de collectes des données, la sensibilisation et le soutien offert aux professionnels ont permis une meilleure codification. Enfin, les interventions ciblant les CSS ont souvent permis de rejoindre un nombre plus important d'écoles à la fois.

Par ailleurs, le milieu scolaire, qui est encore en processus de rétablissement postpandémie, a semblé plus réceptif et prêt à recevoir à nouveau des professionnels de l'externe pour venir les soutenir sur des thématiques préventives. Une augmentation des demandes dans le cadre d'*École en santé* s'est fait sentir comparativement à l'année 2021-2022.

Les équipes sont en processus d'amélioration continue et poursuivent leurs efforts afin de maintenir, voire augmenter les activités de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire.

La proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais est de 86,4 %. Ce résultat n'atteint pas l'engagement établi à 93 %. La performance de cet indicateur a diminué comparativement à l'année précédente (87,2 %).

Une plus grande diminution est observée dans le secteur de Québec-Sud. La performance de l'indicateur est plus élevée pour 2 mois et 28 jours, soit de 93,3 %. L'arrêt de l'appel de confirmation de rendez-vous par la centrale d'appel en raison du manque d'effectifs peut expliquer le résultat.

Plusieurs rencontres ont été faites avec l'équipe de vaccination jeunesse. L'enjeu de l'accès à la centrale d'appel a été soulevé, ce qui peut expliquer que les gens n'avaient pas leur rendez-vous dans les délais.

La mise en place de l'application Clic Santé favorise la prise de rendez-vous pour les parents depuis mars 2023. L'implantation de la saisie au registre de vaccination se fait en temps réel.

Au 31 mars 2023, 55 % des enfants âgés d'un an avaient reçu dans les délais prescrits, leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle, soit une diminution de 20,7 % comparativement à l'année dernière (69,4 %). Ce résultat n'atteint pas l'engagement de 90 % pour l'établissement. Le secteur de Québec-Sud montre la plus grande diminution de performance de l'indicateur. Le taux est à 69,3 % pour l'administration de RRO-Var à 1 an et 28 jours, en baisse de 10 % comparativement à l'année 2021-2022. Malgré un effort d'ajout de plages horaires avec des ressources humaines non financées de soir, aucune amélioration n'est remarquée. Le rendez-vous que les parents doivent prendre eux-mêmes et l'arrêt de l'appel de relance avec enjeu de ressources humaines de la centrale d'appel peuvent expliquer ce résultat.

Plusieurs rencontres ont été faites avec l'équipe de vaccination jeunesse afin de revoir les stratégies de :

- Mise en place de l'application Clic Santé afin de favoriser la prise de rendez-vous pour les parents;
- Renforcement du message sur l'importance de la vaccination à l'âge d'un an auprès des partenaires (milieu de garde, etc.);
- Rattrapage pour les vaccins contre la rougeole pour les moins de 24 mois à partir de janvier 2023 (appel personnalisé avec ajout de plages horaires);
- Implantation de la saisie au registre de vaccination en temps réel.

Pour l'année 2022-2023, le nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans est de 2770. Ce résultat n'atteint pas l'engagement établi à 3250. Toutefois, la performance de cet indicateur a augmenté de 12,2 % comparativement à l'année précédente (2469).

Depuis la pandémie, le nombre d'activités de dépistage n'a pas augmenté au-dessus de 3000.

Toutefois, une remontée dans les derniers mois avec une atteinte de la cible possible pour la prochaine année a été remarquée.

Plusieurs mesures correctrices ont été mises en place, dont :

- L'instauration de Clic Santé pour la prise de rendez-vous en clinique jeunesse;
- Une rencontre avec la direction concernée afin de mettre en lumière les milieux scolaires plus vulnérables aux ITSS dans le but de renforcer les actions en prévention et en promotion, appuyées par des données de vigie/surveillance;
- L'intensification des activités à venir dans deux territoires plus vulnérables;
- L'ouverture de l'*Aire ouverte* avec un deuxième point de service à venir;
- Une offre de services étendue à deux cégeps;
- Une offensive augmentée sur les réseaux sociaux pour attirer les jeunes.

Au 31 mars 2023, 50,4 % des enfants âgés de 18 mois avaient reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle, soit une diminution de 23,2 % comparativement à l'année dernière (65,6 %). Ce résultat n'atteint pas l'engagement de 90 % pour l'établissement. La couverture vaccinale à 24 mois est à 78,1 % comparativement à la moyenne provinciale qui se situe à 73,8 %.

Une chute considérable de la performance de l'indicateur est à constater dans le secteur Québec-Sud.

La diminution semble également avoir une corrélation positive avec la mise en place de l'*ABCdaire 18 mois+* du programme *Agir tôt*.

Plusieurs mesures ont été mises en place, dont :

- Des plages horaires supplémentaires non financées pour diminuer l'impact de l'entrée de l'*ABCdaire 18 mois+*;
- Une rencontre avec la direction impliquée pour revoir les stratégies;
- La mise en place de l'application Clic Santé pour la prise de rendez-vous, qui fait désormais la relance automatisée;
- L'implantation de la saisie au registre de vaccination en temps réel.

Au 31 mars 2023, le délai moyen d'attente à l'évaluation à la DPJ est de 27,61 jours. L'engagement de 15,80 jours pour l'année 2022-2023 n'est pas atteint. Toutefois, la performance de cet indicateur a augmenté de 10 % comparativement à l'année dernière (30,90 jours).

Depuis quelques années, l'augmentation constante du nombre d'évaluations à réaliser amène la direction à travailler activement afin de diminuer les délais d'attente. Au cours de la dernière année, diverses actions ont été posées pour réduire le nombre d'évaluations à réaliser tout en assurant une bonne priorisation des situations nécessitant des interventions rapides. Entre autres, des séquences d'interventions rapides en fin de semaine dans les dossiers comprenant des délais d'attente importants ont été effectuées. Cela a permis de mieux contrôler la liste d'attente et de réduire le nombre d'enfants en attente d'une évaluation. Des intervenants du secteur de l'évaluation de l'établissement sont allés prêter main-forte aux DPJ de la province présentant de longues listes d'attente d'évaluation d'enfants. Cette initiative a permis de participer à un important effort collectif pour la protection des enfants de la province, mais a néanmoins limité la capacité d'assignations des situations en attente dans la Capitale-Nationale. Également, considérant le haut niveau de criticité des secteurs de la réception, du traitement des signalements (RTS) et de la vérification complémentaire terrain (VCT), plusieurs intervenants travaillant à l'évaluation des signalements, sont venus soutenir ces équipes au lieu d'effectuer des évaluations.

Mentionnons la pénurie de main-d'œuvre qui se vit dans le réseau de la santé et des services sociaux et qui limite la capacité d'attribution des situations. En moyenne, cette pénurie a représenté 20 équivalents temps plein (ETC) de moins que le plan de postes projeté de 91 ETC. Le roulement de personnel s'est poursuivi dans la dernière année, ce qui a eu un impact sur le niveau de performance clinique. De ce fait, l'intégration et l'accompagnement du nouveau personnel ont limité la capacité d'attribution afin de permettre le soutien et l'adaptation des nouveaux intervenants.

La région de la Capitale-Nationale continue à faire face à de longs délais judiciaires, soit plusieurs mois, afin d'obtenir une date d'audience au tribunal. Ainsi, la capacité des intervenants à évaluer de nouvelles situations a continué d'être affectée au cours de l'année 2022-2023.

Diverses mesures correctrices ont été mises en place afin de réduire le délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse. Il s'agit des mesures suivantes :

- Déploiement d'un projet-pilote de travail en cellule (2 équipes de 3 intervenants) dans le secteur de l'évaluation-orientation afin d'augmenter la capacité d'assignations de situations;
- Séquences d'interventions et de rédaction de soir et de fin de semaine réalisées par le personnel en Protection de la jeunesse pour réduire la liste d'attente. Les dossiers à l'étape de l'orientation des secteurs de Portneuf et de Charlevoix ont été pris en charge par le secteur de l'application des mesures, permettant ainsi aux intervenants à l'évaluation-orientation de prendre davantage de dossiers à l'évaluation;
- Mise sur pied d'approches consensuelles afin de faire baisser le taux de judiciarisation des dossiers dans la région;
- Libération d'une intervenante du secteur de l'évaluation pour accompagner les nouveaux intervenants dans les premières interventions, ce qui a eu un impact positif sur la rétention du personnel;
- Application de l'arrêté ministériel permettant le paiement à taux double du personnel qui effectue des heures supplémentaires et la réalisation de davantage d'évaluations.

Au cours de l'année 2022-2023, 700 enfants ont effectué un dépistage via la plateforme *Agir tôt*. Ce résultat a considérablement augmenté (28,4 %) comparativement à l'année précédente (545) et dépasse l'engagement établi à 585.

L'ajout de responsables cliniques de la plateforme *Agir tôt* a permis d'assurer la fluidité de cet outil de dépistage et d'éviter les délais dans la saisie des réponses aux questionnaires.

OBJECTIF

DÉPLOYER DES APPROCHES ADAPTÉES ET INTÉGRÉES AUX BESOINS DE LA POPULATION

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.01.26-EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	52,3	80	44,7	80
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	70,0	80	73,4	80,0
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	79,4	85,0	79,6	85,0

Avec un résultat de 44,7 %, l'engagement de 80 % n'est pas atteint pour ce qui est du taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains (HDM) dans les établissements. Cet indicateur voit sa performance diminuer de 14,4 % par rapport à l'année dernière (52,3 %).

Les enjeux de main-d'œuvre qui génèrent en bonne partie la surcharge de travail, ainsi que l'épuisement des travailleurs de la santé lié à la pandémie, peuvent expliquer la non-conformité aux pratiques d'HDM.

Plusieurs actions ont été réalisées dans le cadre des pratiques exemplaires d'HDM, notamment l'élaboration d'un plan d'action d'HDM par le Service de prévention et contrôle des infections (PCI) et la rédaction et diffusion du *Guide méthodologique pour l'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains*. En suivi de cette diffusion, des auditeurs en HDM dans les directions cliniques ont été formés. De plus, des audits dans les 30 CHSLD et le suivi des indicateurs dans les salles de communication ont été mis en place. Les indicateurs de respect du taux de conformité aux pratiques exemplaires sont suivis par le comité de direction de l'établissement, ainsi que par les directions cliniques.

Pour l'année 2022-2023, le pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 est à 73,4 %. Ce résultat n'atteint pas l'engagement établi à 80 %. Toutefois, la performance de cet indicateur a augmenté comparativement à l'année dernière (70 %).

Différents facteurs influencent le résultat obtenu, dont :

- Le nombre insuffisant de places en ressources intermédiaires pouvant accueillir des clientèles avec un ISO-SMAF de moins de 10;
- Une clientèle avec des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD);
- Une clientèle ayant des ISO-SMAF sous 10, mais présentant des besoins élevés de mobilisation et de transferts (nécessitant 2 intervenants).

En revanche, une légère amélioration est observée par rapport à l'an dernier, qui est attribuable à l'ajout de 86 places, soit 80 places à la RI Samoa, 2 places à la RI de l'Anse, 2 places à la RI Azalée et 2 places à la RI La Seigneurie. Quelque 23 places ont dû être fermées au cours de l'année, en raison de manquements observés dans l'assurance de la sécurité-qualité.

Les actions réalisées pendant l'année financière 2022-2023 et celles se prolongeant en 2023-2024 permettront éventuellement l'atteinte des objectifs.

Des actions telles que le projet interdirections d'unité de cas complexes avec un profil de 10 et moins ainsi que l'ouverture des maisons alternatives permettra de déplacer certains résidents vers des unités qui répondront mieux à leurs besoins.

Le pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention est à 79,6 %. L'engagement de 85 % n'est pas atteint et la performance de cet indicateur est similaire à celle de l'année précédente (79,4 %).

Du total des sites, 65 % ont atteint leur cible. De ce nombre, 32 % ont eu une note de 95 % et plus et 3 sites ont eu une note parfaite.

Différents facteurs influencent le résultat, soit la pénurie de main-d'œuvre, l'appel à la main-d'œuvre indépendante, le nombre important d'admissions à la période 13 ou encore le taux de roulement important des résidents. Une autre difficulté qui ne facilite pas le suivi est la disponibilité des résultats afin de permettre un suivi régulier auprès des équipes de travail.

Une méthode plus efficace de saisie d'informations par les intervenants permettra une interrogation des données plus régulière, favorisant ainsi l'acheminement en continu des résultats aux équipes pour un suivi régulier et une planification du travail en continu.

En 2022-2023, les résultats étaient produits deux fois par année. En 2023-2024, ils seront produits à chaque période financière, soit treize fois par année.

OBJECTIF

FAVORISER LA MISE EN PLACE DE SERVICES NUMÉRIQUES DE SANTÉ AU SEIN DU RÉSEAU

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	38	56	51	69
1.09.34.00-EG2 Pourcentage d'examen électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	65,2	90	54,5	90
1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'examen électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries	88,5	100	98,1	100

Le nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne est de 51 au 31 mars 2023. Ce résultat n'atteint pas l'engagement établi à 69. Toutefois, la performance de cet indicateur a augmenté comparativement à l'année précédente (38).

À la suite du recensement des cliniques admissibles avec le MSSS, le nombre total de cliniques à déployer a été établi à 50. Les autres milieux déterminés dans la cible n'ont pas de DME, ce qui est un prérequis pour le déploiement de l'orchestrateur de rendez-vous. Depuis, un GMF a cessé ses activités. Ce sont donc 49 milieux sur une possibilité réelle de 50 qui ont été déployés au 31 mars 2023.

L'implantation du dossier médical électronique (DME) dans les autres milieux est en cours de planification. Une fois que le DME sera implanté, nous serons en mesure de procéder au branchement à l'orchestrateur de rendez-vous. Nous prévoyons que cet exercice sera terminé en 2024.

Pour l'année 2022-2023, le pourcentage d'examen électifs primaires en imagerie médicale, dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées, est de 54,5 %. L'engagement établi à 90 % est loin d'être atteint et la performance de cet indicateur a diminué de 16,5 % comparativement à l'année précédente (65,2 %).

Plusieurs postes de radiologiste demeurent vacants, ce qui génère plusieurs jours de découverte en présentiel dans les secteurs de Charlevoix et de Portneuf, la garde étant comblée pour la lecture à distance.

Le service d'échographie cardiaque de l'Hôpital Chauveau est inclus dans les secteurs d'imagerie de l'établissement. Ses activités ont toutefois cessé depuis décembre 2021 en raison, entre autres, du manque d'effectifs occasionnant ainsi plus de 200 échographies en attente.

Les mesures correctrices suivantes ont été retenues :

- Accréditation d'une technologue autonome en échographies abdominale et pelvienne pour le secteur de Charlevoix depuis la fin de l'année financière 2022-2023;
- Affichage d'un deuxième poste de technologue autonome pour les secteurs de Charlevoix et de Beauport;
- Projet en cours pour l'embauche d'une technologue autonome pour les secteurs de Portneuf et de Québec-métro au cours de l'année 2022-2023;
- Poursuite des démarches pour le recrutement de radiologistes avec la collaboration de la Direction des services professionnels;
- Transfert des activités d'échographie cardiaque de l'Hôpital Chauveau vers nos partenaires en attente de décision finale.

Le pourcentage d'examen électifs primaires en imagerie médicale, dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries, est de 98,1 % au 31 mars 2023. Ce résultat n'atteint pas l'engagement annuel de 100 %. Toutefois, la performance de cet indicateur s'est améliorée de 10,8 % comparativement à l'année dernière (88,5 %).

La modification de la pratique médicale au cours des dernières années a entraîné une augmentation importante des tomodensitométries (TDM) faites en urgence, provoquant ainsi une diminution des plages horaires pour les TDM électives. Une augmentation de près de 60 % des demandes reçues entre 2019 et 2023 pour le secteur de Charlevoix a été notée. De son côté, le secteur de Portneuf répond à 100 % des demandes à l'intérieur de 90 jours.

L'ajout d'un tomodensitomètre au Centre multiservice de santé et de services sociaux de Baie-Saint-Paul depuis février 2023 permettra de diminuer de manière significative les délais d'attente.

OBJECTIF

DÉPLOYER DES APPROCHES ADAPTÉES ET INTÉGRÉES AUX BESOINS DE LA POPULATION

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	3,20	2,30	2,89	1,08
3.05.03-PS Ratio de présence au travail	89,43	89,02	90,29	89,11
3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones » ou une formation considérée minimalement équivalente	16,9	50	71,1*	100
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	65,3	75,0	95,7	75,0

*Résultat de la période 9. Le résultat de la période 13 n'est pas disponible.

Pour l'année 2022-2023, le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante est de 2,89 %. La performance de cet indicateur a augmenté d'environ 10 % comparativement à l'année précédente (3,20 %). Toutefois, l'engagement établi à 1,08 % n'est pas atteint.

Le niveau accru d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI) est relié à une détérioration de la situation de main-d'œuvre qui se traduit par un écart grandissant entre le requis et la disponibilité des ressources humaines. Le déficit de main-d'œuvre cumulé s'élève actuellement à près de 1700 employés. Cet écart grandissant s'explique également par un taux de chômage sans précédent dans la région de la Capitale-Nationale (1,7 %). La nécessité d'assurer la continuité des soins et des services dans nos régions périphériques (Beauport, Portneuf et Charlevoix) contribue également à accroître notre niveau d'utilisation des ressources venant de la MOI.

Afin d'assurer la continuité des soins et des services ainsi qu'une saine gestion du recours à la main-d'œuvre indépendante, l'organisation a mis en place un chantier prioritaire issu des mandats organisationnels. Ce chantier vise à assurer une gestion rigoureuse du cadre réglementaire entourant l'utilisation de la MOI, une utilisation prioritaire de la main-d'œuvre indépendante sur les quarts de travail défavorable et l'élaboration de stratégies d'embauche. Ces mesures permettront d'actualiser les orientations ministérielles en lien avec les dispositions de la loi visant à limiter le recours à la main-d'œuvre indépendante (cesser l'utilisation de la MOI en décembre 2024). D'autres initiatives et actions ont été mises en place, notamment, un rehaussement des structures de poste, qui est toujours en cours de réalisation. Des garanties de travail visant à accroître la disponibilité du personnel ont été offertes. Finalement, des initiatives accrues en matière de recrutement international ont permis l'embauche de 190 personnes depuis le 1^{er} avril 2019. À ce nombre s'ajoutent plus de 200 candidats en démarche d'immigration. L'organisation s'est également engagée dans le *Projet de reconnaissance des compétences d'infirmières et d'infirmiers recrutés à l'international* (PRCIIRI). De plus, les efforts de l'équipe du recrutement habituelle ont permis d'obtenir des résultats sans précédent en ce qui concerne le nombre de candidatures recrutées, ce qui se traduit par 2358 embauches pendant l'année financière 2022-2023.

Le ratio de présence au travail est de 90,29 et dépasse l'engagement établi à 89,11. La performance de cet indicateur est en constante augmentation depuis 2021.

En 2022-2023, 71,1 % des employés ont complété la formation intitulée *Sensibilisation aux réalités autochtones* ou une formation considérée minimalement équivalente. Ce résultat n'atteint pas l'engagement de 100 % établi. Toutefois, la performance de cet indicateur a considérablement augmenté comparativement à l'année précédente (16,9 %).

La formation est maintenant obligatoire pour tous les nouveaux employés. Elle fait partie du parcours d'intégration de ces derniers. Cela permet une facilité de libération et une relève formée. Le mouvement du personnel demeure toutefois un facteur déterminant qui explique la non-atteinte de l'engagement. Le nombre important de nouvelles embauches et de départs chaque mois permet difficilement d'avoir un pourcentage juste et stable dans le temps. Il est également important de tenir compte des absences pour diverses raisons (maternité, maladies), de même que de la difficulté à libérer le personnel en action sur le terrain.

Les mesures correctrices suivantes ont été mises en place :

- Des rappels hebdomadaires effectués aux différents comités de direction et de gestion;
- Des communications officielles internes réalisées;
- La disponibilité d'un service d'accompagnement pour soutenir les apprenants rencontrant des difficultés avec la plateforme ENA dans le but de favoriser la persévérance et la réussite des employés.

Pour l'année 2022-2023, 95,7 % des ressources sont à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS). Ce résultat a considérablement augmenté comparativement à l'année précédente (65,3 %) et dépasse largement l'engagement établi à 75 %.

L'arrivée en octobre dernier d'une nouvelle ressource au RRSS ainsi que la mise en place de nouveaux processus de collecte de données expliquent ce résultat.

5

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

5.1 L'AGRÉMENT

À l'automne 2022, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale a reçu la visite d'Agrément Canada dans le but d'évaluer la norme télésanté, les services de santé physique ainsi que les services généraux, qui représentent la troisième séquence du premier cycle d'Agrément. L'établissement s'est vu décerner la note globale de 95 %.

De plus, les sondages exigés par Agrément Canada ont été réalisés. Les usagers ont été sondés sur leur expérience et les employés ont répondu au sondage sur la mobilisation du personnel et au sondage canadien sur la culture de sécurité.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale poursuit ses travaux en vue d'être agréé au terme des cinq séquences.

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2022 ET LE 31 MARS 2023 (INDICE DE GRAVITÉ A ET B)

	Médication	Diète	Autres	TOTAL 3 principaux types d'incidents	TOTAL Tous les types d'incidents
Incidents	2 198	630	445	3 273	4 341
Pourcentage du total des INCIDENTS	50,6	14,5	10,3	75,4	
Pourcentage du total des ÉVÉNEMENTS	6,9	2,0	1,4	10,3	13,6

Source : Système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS), 24 avril 2023

5.2 LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Afin de promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents, plusieurs activités ont été réalisées en 2022-2023. Le déploiement de formations sur l'ENA a permis un accompagnement plus personnalisé auprès des directions. Également, le suivi offert aux gestionnaires par la DQEPE a permis d'améliorer en continu les pratiques en gestion des risques.

Principales actions menées par le comité de gestion des risques au cours de l'année 2022-2023

- Le comité a pris connaissance des activités réalisées par les sous-comités de gestion des risques lors de chaque séance. D'ailleurs, l'année 2022-2023 a été marquée par la reprise normale des activités des sous-comités en gestion des risques de chacune des directions et par plusieurs actions significatives, notamment l'avancement de différents plans d'action liés à la sécurité des usagers (exemples : prévention des chutes, erreurs de médicaments, suicide et hygiène des mains).
- Le comité de gestion des risques a analysé les quatre rapports trimestriels de la qualité et de la gestion des risques. Les principales causes d'événements en 2022-2023 demeurent les chutes ou quasi-chutes ainsi que les événements reliés au circuit du médicament. Des actions sont en cours dans les directions pour améliorer la situation.
- Des travaux ont été amorcés en collaboration avec le Service de la prévention et gestion des risques de la DRHC afin de croiser des données permettant une diminution des risques tant pour les usagers que pour les travailleurs.

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2022 ET LE 31 MARS 2023 (INDICE DE GRAVITÉ C À I)

	Chute	Médication	Autres	TOTAL 3 principaux types d'accidents	TOTAL Tous les types d'accidents
Accidents	12 694	6 287	5 258	24 239	27 539
Pourcentage du total des ACCIDENTS	46,1	22,8	19,1	88,0	
Pourcentage du total des ÉVÉNEMENTS	39,8	19,7	16,5	76,0	86,4

Source : Système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS), 24 avril 2023

5.2.1

MESURES DE CONTRÔLE

Le comité directeur a entrepris plusieurs actions quant à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle afin d'assurer des soins sécuritaires. Les principales actions sont les suivantes :

- Déploiement du Registre des mesures de contrôle de l'Unité de gestion et du suivi de l'information (UGSI) dans toutes les directions cliniques.
- Soutien dans l'implantation des bonnes pratiques relatives aux mesures de contrôle dans les résidences à assistance continue de la DDITSADP.
- Rédaction de la procédure de dérogation et révision du formulaire de demande et d'avis du comité directeur.
- Révision de la composition et du mandat du comité directeur pour l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle et du sous-comité de la pratique professionnelle.
- Rédaction de la procédure d'utilisation des mesures de contrôle à la DPJ.
- Élaboration et diffusion sur le site Web d'un feuillet explicatif à l'attention de l'utilisateur et de ses proches concernant l'utilisation des mesures de contrôle.
- Contribution aux travaux du MSSS sur la détermination d'indicateurs nationaux pour les mesures de contrôle.
- Détermination des rôles et responsabilités entre le transporteur scolaire, la commission scolaire et le CIUSSS lors de l'utilisation de mesures de contrôle en transport scolaire.

5.2.2

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Le Service de prévention et contrôle des infections a poursuivi les efforts dans l'accompagnement de l'ensemble des équipes dans la gestion de la COVID-19. Les activités se sont concentrées, entre autres, sur la surveillance, la gestion des éclosions, les enquêtes épidémiologiques liées à la COVID-19 pour les milieux de soins et services et également en RI-RTF, en RPA, en RAC, en ressources intermédiaires spécialisées (RIS) et en CHSLD privés.

Le volet PCI s'est démobilisé en mars 2022 du comité tactique de coordination de la sécurité civile. Il fait place au comité de coordination d'autogestion de la COVID-19, sous la responsabilité de la DSM.

Le Service de PCI est passé sous la gouverne du Bureau du PDGA en juin 2022. La structure a alors été actualisée avec l'ajout d'un poste de coordonnatrice.

Réalisations

- Gestion des différentes situations et éclosions reliées à la COVID-19 ainsi que de nombreuses éclosions d'autres types de virus pathogènes, tels que le syndrome d'allure grippal (SAG), l'influenza et la gastro-entérite.
- Actualisation de la structure du Service de PCI avec l'ajout de 21 conseillères en soins infirmiers.
- Rédaction et diffusion du *Guide méthodologique pour l'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains*.
- Formation d'auditeurs en HDM dans les directions cliniques.

Culture PCI

Maintien d'une culture de PCI au sein de l'organisation. Elle est une responsabilité partagée de tous, et tous doivent s'impliquer dans la recherche de moyens et la mise en place de solutions.

Priorités

- Définir les rôles et responsabilités de la DSPu et du Service de PCI pour soutenir les ressources privées dans la communauté.
- Mettre en place une structure PCI pour soutenir les ressources privées dans la communauté.
- Élaborer et actualiser l'offre de services en PCI.

NATURE DES CAS D'ÉCLOSION

	Milieux publics et privés conventionnés		Milieux privés (RI, RTF, RAC, RPA, etc.)		Total		Nombre de personnes atteintes	
	2021-2022	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022	2022-2023
COVID-19	57	305	241	446	298	751	7 200*	10 294*
Autres types d'infections (SAG, gastro-entérite)	77	238	Sous la responsabilité de la DSPu		77	238	585**	1 224**
Total	134	543	241	446	375	989	7 785	11 518

Le tableau ci-dessus démontre que la majorité des cas d'écllosion est attribuée à la COVID-19.

Dans les milieux privés, le Service de PCI a mis en place toutes les recommandations générales pour la gestion des cas ainsi que les mesures à appliquer en présence d'écllosions.

Pour répondre aux besoins lors de situations complexes, des mesures de soutien supplémentaires ont été déployées telles que les visites dans les milieux et la participation à des rencontres téléphoniques.

Des rencontres hebdomadaires ou toutes les deux semaines avec ces milieux se sont maintenues pour répondre aux différentes questions.

* Le nombre de personnes atteintes pour la COVID-19 comprend les usagers et les travailleurs de la santé.

** Le nombre de personnes atteintes de d'autres types d'infections compte seulement les usagers.

5.3 LE COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Au cours de l'année, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a formulé six recommandations. De ce nombre, cinq ont été appliquées et une est en cours d'implantation.

5.4 LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a traité 26 dossiers de plainte en deuxième recours ou en intervention suivant un signalement. De ces dossiers, 28 recommandations ont été adressées au CIUSSS de la Capitale-Nationale. De ce nombre, 23 ont été réalisées et cinq sont en cours de réalisation.

Recommandation	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
DDITSADP		
Élaborer un plan d'intervention interdisciplinaire en s'assurant de la collaboration de l'équipe médicale responsable du suivi psychiatrique de l'utilisateur et de celle responsable du suivi à domicile en réadaptation (équipe SAD DITSA adulte) aux fins de la reprise des services par le programme SAD DI-TSA.	✓	
Réévaluer les besoins de l'utilisateur, en sa présence, avec l'outil d'évaluation multiclientèle dans une perspective multidisciplinaire aux fins d'une nouvelle demande au programme SISAD.	✓	
DPJ		
Prendre les moyens nécessaires afin d'assurer la continuité et l'intensité de services requis dans un dossier.	✓	
Rappeler aux cadres concernés d'exercer une vigilance dans l'encadrement clinique des intervenants afin de s'assurer que les services sont rendus et notés au dossier de l'utilisateur, plus particulièrement lorsque des difficultés sont observées chez un intervenant.		✓
Rappeler aux intervenants et intervenantes de l'équipe d'évaluation et d'orientation des signalements d'informer les parents de la rédaction d'un rapport ainsi que des modalités d'accès pour l'obtenir si les parents en font la demande.	✓	
Rappeler aux intervenants et intervenantes de l'équipe d'évaluation et d'orientation des signalements d'informer tout jeune de 14 ans et plus de ses droits lors de la signature d'un consentement, afin que ce dernier soit libre et éclairé, et d'y inscrire une note conséquente au dossier.	✓	

Recommandation	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
Rappeler aux intervenants et intervenantes de l'équipe d'évaluation et d'orientation des signalements qu'ils doivent procéder à la fermeture du dossier dans un délai raisonnable lorsque la situation d'un enfant est considérée comme non compromise.	✓	
Rappeler aux intervenants et intervenantes de l'équipe d'évaluation et d'orientation des signalements que les démarches de plainte ne doivent pas être consignées au dossier des usagers.	✓	
Retirer du suivi des activités du dossier de chaque enfant toute information relative à une plainte du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.	✓	
DQEPE		
Clarifier la nature des mesures de soutien et les circonstances dans lesquelles elles peuvent être offertes, notamment aux usagers qui sont inscrits (non admis) et qui quittent l'établissement, de même qu'à ceux ayant contribué à l'accident par leur comportement.	✓	
Corriger le formulaire AH-223 afin de tenir compte de la fracture comme conséquence découlant de l'événement et en modifier le niveau de gravité à F.	✓	
S'assurer de porter à l'attention de la Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux (DARSSS) l'événement survenu le 28 août 2020 ainsi que son formulaire AH-223.	✓	
DSISP		
Rappeler au personnel infirmier à l'urgence de l'Hôpital Chauveau l'importance de documenter au dossier l'ensemble de ses interventions, de même que les demandes des personnes en attente de prise en charge médicale, qui sont en lien avec l'épisode de soins.	✓	
DSM		
Former le personnel du CIUSSS aux principes de la <i>Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes</i> et de la <i>Politique nationale pour les personnes proches aidantes</i> , avec le soutien du Bureau du majeur inapte, si requis.		✓
Informé le personnel de l'établissement sur les rôles et responsabilités des représentants légaux et sur les mécanismes pour remédier à la situation lorsque ceux-ci ne s'acquittent pas de leur rôle adéquatement, avec le soutien du Bureau du majeur inapte, si requis.	✓	
DSMDI		
S'assurer que les personnes gardées contre leur gré au CHUL sont, dès leur prise en charge ou dès qu'elles semblent être en mesure de comprendre ces renseignements, informées du lieu où elles sont gardées, du motif de cette garde et du droit qu'elles ont de communiquer immédiatement avec leurs proches et un avocat, et que le tout est consigné à leur dossier, que l'appel ait lieu ou non.	✓	

Recommandation	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
Élaborer une procédure conjointe en matière de mise sous garde des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur situation afin de déterminer les rôles et responsabilités des membres de leur personnel et professionnels respectifs œuvrant au CHUL.	✓	
Développer une trajectoire de soins intégrés où l'utilisateur est orienté dans la section de l'urgence la mieux adaptée à ses besoins.	✓	
Déterminer un ou des lieux sur le site du CHUL afin de permettre aux personnes gardées contre leur gré d'effectuer leurs appels en toute confidentialité, et ce, à toute heure du jour et de la nuit.	✓	
Prendre les mesures nécessaires afin de développer une culture de cogestion avec le gestionnaire de chaque établissement pour les urgences physique et psychiatrique du CHUL et considérer tous les acteurs comme faisant partie d'une même équipe, les professionnels étant mobiles et effectuant des consultations dans chaque section.	✓	
Prendre les moyens nécessaires afin de rembourser le téléphone cellulaire de l'usagère selon les règles applicables.		✓
Prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer que les contentions chimiques utilisées à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) sont déclarées aux fins de compilation dont l'établissement a la responsabilité.	✓	
Prendre les moyens raisonnables afin d'assurer la protection des téléphones cellulaires des usagers hospitalisés à l'unité de psychiatrie du CHUL dont la condition ne permet pas d'en assurer eux-mêmes la protection.		✓
Transmettre au médecin examinateur à l'examen des ordonnances et décisions médicales la mise en isolement de l'utilisateur concerné ayant débuté le 3 janvier et ayant été maintenu jusqu'au 4 janvier 2023 à l'unité M-2500 de l'IUSMQ.	✓	
Rappeler aux membres du personnel de l'urgence psychiatrique du CHUL qu'ils ne peuvent restreindre les appels des personnes gardées contre leur gré avec leur avocat ou, dans certains cas, à des personnes de leurs choix, sauf si le médecin traitant ou une infirmière praticienne spécialisée décide, dans l'intérêt des personnes sous garde, de leur interdire ou de restreindre certaines communications.	✓	
Rappeler au personnel infirmier de l'unité J-3000 de l'IUSMQ dans le cadre des mesures de contrôle qu'il doit remplir les formulaires prévus des mesures de contrôle de l'établissement, notamment celui sur l'application, sur la surveillance et le AH-223, lorsque requis.	✓	
S'assurer qu'est consignée aux dossiers des usagers du CHUL l'heure à laquelle leur garde préventive devient effective.	✓	
Transmettre au Protecteur au citoyen, d'ici le 31 mars 2023, la capsule d'apprentissage qui sera réalisée concernant les soins d'hygiène donnés contre le gré des usagers.		✓
Effectuer un audit interne afin de déterminer pourquoi l'utilisateur avait accès à un sac en plastique comprenant une fermeture coulissante par ficelle et si un tel objet faisait partie du matériel qualifié comme dangereux par le médecin psychiatre.	✓	

Recommandation	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
Effectuer un audit interne afin de vérifier si la main-d'œuvre qualifiée qui était présente sur l'unité où est décédé l'utilisateur était en nombre suffisant le jour de son décès et, le cas échéant, apporter les correctifs nécessaires pour une situation similaire.	✓	
Faire un audit interne pour déterminer s'il y a eu présence d'écarts en lien avec la pratique organisationnelle requise par Agrément Canada « Transfert de l'information aux points de transition de soins » et, le cas échéant, de mettre en place un plan d'action visant l'amélioration continue du transfert de l'information au point de transition des soins dans les équipes.	✓	

5.5 LES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Au cours de l'année, le coroner a formulé six recommandations s'adressant à l'établissement. De ce nombre, cinq d'entre elles ont été réalisées et une est en cours de réalisation.

Recommandation	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
Finaliser la rédaction et la mise en place d'une procédure visant la prévention du suicide et comprenant, notamment, une grille d'audit pour suivre le déploiement de la pratique clinique en lien avec la procédure, assurer une vigie et un soutien aux équipes cliniques.		✓
Assurer, dans les meilleurs délais, le suivi et la mise en œuvre des recommandations émises par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique à la suite du décès de l'utilisateur.	✓	
Transmettre au CMDP de l'établissement, pour analyse et évaluation de la pratique médicale, le dossier du décès de l'utilisateur.	✓	
Effectuer un audit interne afin de déterminer pourquoi l'utilisateur avait accès à un sac en plastique comprenant une fermeture coulissante par ficelle et si un tel objet faisait partie du matériel qualifié comme dangereux par le médecin psychiatre.	✓	
Effectuer un audit interne afin de vérifier si la main-d'œuvre qualifiée qui était présente sur l'unité où est décédé l'utilisateur était en nombre suffisant le jour de son décès et, le cas échéant, apporter des correctifs nécessaires pour une situation similaire.	✓	
Faire un audit interne pour déterminer s'il y a eu présence d'écarts en lien avec la pratique organisationnelle requise par Agrément Canada « Transfert de l'information aux points de transition de soins » et, le cas échéant, de mettre en place un plan d'action visant l'amélioration continue du transfert de l'information au point de transition des soins dans les équipes.	✓	

5.6 LES RECOMMANDATIONS ISSUES DES AUTRES INSTANCES

Médecin examinateur

Au cours de l'année, le médecin examinateur a formulé quatre recommandations s'adressant à l'établissement et les suivis ont tous été achevés.

Enquête administrative

À la suite d'une enquête administrative dans un milieu d'hébergement de type RI-RTF, l'équipe d'amélioration continue de la qualité a formulé, au cours de l'année, dix recommandations à l'établissement afin d'améliorer la qualité des services aux usagers. La totalité de ces recommandations a été appliquée.

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

STATISTIQUES CONCERNANT LES GARDES EN ÉTABLISSEMENT ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2022 ET LE 31 MARS 2023

	IUSMQ	CHU-HEJ	CHU-CHUL	HBSP	HLM	Total Mission CH
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	84	426	360	47	21	938
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	630
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	470	15	100	23	0	608
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde 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.	428
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	311	0	87	23	0	421

5.8

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Commissariat aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'année 2022-2023, l'équipe du Commissariat a traité 4366 dossiers, qui se répartissent en 1655 plaintes, 1467 interventions, 1011 assistances et 233 consultations. Pour une troisième année consécutive, une augmentation du nombre de dossiers caractérise les activités. En effet, le Commissariat a reçu 21 % de plus de dossiers que durant l'exercice précédent. Cet accroissement se traduit notamment par une augmentation plus marquée des dossiers de plaintes, des signalements avec des motifs de maltraitance ainsi que des dossiers de plaintes médicales. Les motifs de plaintes qui concernent la qualité des soins et des services dispensés sont prédominants, suivis de près par ceux qui concernent la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité.

Malgré l'augmentation du nombre de dossiers, la performance du Commissariat s'est maintenue et a même connu une amélioration passant à 93 % des plaintes conclues à l'intérieur du délai de 45 jours. La moyenne provinciale se situe à 83 % des plaintes conclues en deçà de 45 jours. Le délai moyen d'examen d'une plainte, pour sa part, est demeuré comparable à l'exercice précédent.

Cette année, le traitement des plaintes et des signalements a permis la mise en œuvre de 1831 mesures correctives. Il y a eu 24 recommandations d'amélioration de la qualité des soins et des services. Le Commissariat poursuit sa philosophie de privilégier le type de mesures correctives plutôt que d'imposer des recommandations, permettant ainsi d'obtenir des résultats plus rapides et plus concrets pour le bien-être des usagers. Le nombre de dossiers de plaintes portés à l'attention du Protecteur du citoyen est demeuré similaire à celui de l'exercice précédent.

Médecin examinateur

Au cours de l'année 2022-2023, le médecin examinateur a examiné 136 dossiers. Le traitement de 90 % des dossiers a été réalisé à l'intérieur du délai prescrit par le législateur. La moyenne provinciale se situe à 58 % des plaintes médicales conclues en deçà de 45 jours.

Cette année, le traitement des plaintes médicales a permis la mise en œuvre de 19 mesures correctives dont l'application est possible grâce à l'engagement des médecins et des gestionnaires. L'examen des plaintes a également mené à la formulation de huit recommandations. Durant le présent exercice, deux dossiers ont fait l'objet d'un renvoi disciplinaire. Ces dossiers ont été réorientés pour leur étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cet effet par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Comité de révision

Au cours de l'année 2022-2023, le comité de révision a reçu onze demandes de révision et a émis deux recommandations.

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 2022-2023 est disponible sur le site Internet de l'établissement à ciuiss-capitalnationale.gouv.qc.ca/services/commentaires-plaintes/plaintes.

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. Le BPUE veille à ce que les meilleures pratiques au regard de l'approche usager partenaire, l'évaluation de l'expérience des usagers et la collaboration avec les comités des usagers s'actualisent au sein de toutes les directions de l'établissement.

Cette année, il y a eu 287 nouvelles demandes de soutien au BPUE pour l'actualisation du partenariat avec l'utilisateur au sein du CIUSSS. C'est une augmentation de 22 % des demandes comparativement à l'année dernière.

L'implication de 42 usagers partenaires au sein de projets d'amélioration ainsi que celle de plusieurs membres des comités des usagers et des comités de résidents dans 33 projets de l'établissement, confirme l'importance pour le personnel de l'organisation de bien comprendre les réalités vécues et les attentes des usagers à l'égard des soins et des services.

La présence du personnel du BPUE aux réunions du comité des usagers du centre intégré (CUCI), aux réunions du comité consultatif des comités de résidents et, au besoin, aux réunions des comités des usagers a permis d'entendre les préoccupations des usagers et de leurs proches, et d'informer ces membres des diverses actions mises en place pour y répondre.

Les démarches d'évaluation de l'expérience des usagers concernant les soins et services reçus ont aussi permis à 3048 personnes de s'exprimer et de proposer diverses pistes d'amélioration. Dans le cadre des grandes démarches d'évaluation de l'expérience de l'ensemble des usagers au sein d'une direction, une fiche synthèse des résultats a également été élaborée, remise aux directions et déposée au CUCI. Pour toutes les démarches d'évaluation, un plan d'action découlant des pistes d'amélioration suggérées a été ou sera élaboré en concertation avec le ou les comités des usagers ou comités de résidents concernés.

L'intégration d'usagers partenaires dans les comités et projets d'amélioration, l'évaluation de l'expérience des usagers et de leur satisfaction ainsi que la collaboration avec les comités des usagers sont différentes modalités de consultation. Les usagers sont ainsi informés des points forts, des pistes d'amélioration et de diverses actions en cours pour assurer des soins et des services sécuritaires, de qualité en tout respect des droits des usagers.

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

La *Loi concernant les soins de fin de vie* adoptée depuis 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 a 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 (AMM), les directives médicales anticipées et la sédation palliative continue.

Le MSSS a publié un plan d'action afin de soutenir les priorités des établissements dans le développement stratégique 2020-2025 pour un accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) de qualité.

Réalisations

- Modification de la structure de gouvernance collaborative des soins palliatifs pour la région :
 - Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS);
 - Comité de développement des compétences;
 - Comité stratégique régionale SPFV;
 - Comité tactique CIUSSS de la Capitale-Nationale — SPFV;
 - Cogestion médicale.
- Consolidation du premier centre de jour au CIUSSS de la Capitale-Nationale en SPFV.
- Réalisation de rapports d'audits en CHSLD sur la pratique SPFV et élaboration d'un plan d'action pour le rehaussement des compétences cliniques.
- Titularisation d'une agente de planification et de programmation de recherche (APPR) dédiée au dossier des SPFV.
- Reconnaissance et garantie du soutien aux personnes proches aidantes (PPA) par la recension des ressources disponibles sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale et par la répartition équitable du budget alloué aux PPA.
- Accompagnement des usagers et des PPA dans le processus de l'AMM.
- Harmonisation des gardes infirmières 24/7 à domicile.
- Démarrage des soins intensifs à domicile (SIAD) dans le secteur de la Haute-Saint-Charles pour les usagers en SPFV.
- Réalisation d'une cartographie du continuum de SPFV en partenariat avec les instances régionales afin de cibler les zones d'actions prioritaires.
- Déploiement d'échographes portables pour l'échoguidage des voies veineuses périphériques pour l'administration de l'AMM, tant à domicile que dans les unités de soins palliatifs.

- Diffusion de la trajectoire d'accès à un lit au CHU de Québec pour une AMM.
- Amélioration de la fluidité lors des transferts entre les hôpitaux du CHU de Québec et le domicile pour une AMM.
- Formation sur l'AMM des pivots en GMF.
- Collaboration interdirections pour maintenir l'offre de service en SPFV dans la Municipalité régionale de comté (MRC) de Charlevoix.
- Nomination d'une chargée de projet clinique pour coordonner le *Plan d'action 2020-2025 : Pour un accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité* qui touchera tous les établissements du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) de l'Université Laval.
- Ouverture d'un lit communautaire pour l'administration de l'AMM à l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Beaupré.

Priorités

- Poursuivre la formation du personnel et des bénévoles.
- Présenter les résultats des audits dans les différents milieux et planifier les actions structurantes.
- Développer les pratiques palliatives exemplaires en CHSLD.
- Définir une offre de services harmonisée dans les unités de SPFV.
- Harmoniser l'accès aux lits en SPFV.
- Implanter la télésanté en soins palliatifs à domicile (suivant le projet pilote).
- Dédier des lits communautaires à l'AMM.
- Développer un continuum régional en SPFV.
- Adapter et consolider les trajectoires de soins et de services aux équipes interdisciplinaires en contexte d'AMM en établissement et à domicile en fonction des changements législatifs et des protocoles en vigueur.
- Poursuivre le recrutement de médecins afin de pallier les demandes croissantes d'AMM.

Enjeux

- Optimisation de la coordination clinique des lits communautaires.
- Accessibilité aux lits de SPFV, de répit ou pour l'AMM.
- Accès aux services externes de SPFV.
- Augmentation constante des demandes d'AMM et des demandes de plus en plus complexes.
- Disponibilité restreinte des médecins pour administrer l'AMM.

APPLICATION DE LA POLITIQUE

	1 ^{er} avril 2022 au 31 mars 2023	1 ^{er} avril 2021 au 31 mars 2022
Soins palliatifs et de fin de vie		
Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	4 633	4 604
Sédation palliative continue		
Nombre de sédations palliatives continues administrées	87	102
Aide médicale à mourir		
Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	496	270
Nombre d'aides médicales à mourir administrées	341	213
Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	155	57
<i>Nombre de décès avant l'administration</i>	56	18
<i>Nombre de changements d'idée ou de retraits de la demande</i>	27	7
<i>Nombre d'usagers ne répondant pas — ou plus — aux critères d'éligibilité</i>	17	14
<i>Nombre de demandes reçues au CIUSSS pour lesquelles l'utilisateur a été transféré dans un autre établissement</i>	55	18

7

LES RESSOURCES HUMAINES

7.1

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ

RÉPARTITION DE L'EFFECTIF EN 2022 PAR CATÉGORIE DE PERSONNEL

	Nombre d'emplois			Nombre d'ETC 2021-2022		
	Emploi	Emploi COVID	Total	ETC	ETC COVID	Total
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	4 006	406	4 412	3 292	297	3 589
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	5 039	155	5 194	3 966	98	4 064
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	2 148	618	2 766	1 896	487	2 384
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	5 150	151	5 301	4 386	100	4 486
Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	122	11	133	100	7	106
Personnel d'encadrement	665	20	685	655	22	677
Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	1	155	156	-	98	98
Total	17 131	1 516	18 647	14 295	1 109	15 404

* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants.

Nombre d'emplois : nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant 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 nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous 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.

7.2 LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS POUR L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC

PRÉSENTATION DES DONNÉES POUR LE SUIVI DE LA LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Comparaison sur 364 jours (2022-03-27 au 2023-03-25)		
	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
Personnel d'encadrement	1 244 990	10 270	1 255 260
Personnel professionnel	5 722 992	77 885	5 800 877
Personnel infirmier	6 536 640	355 545	6 892 184
Personnel de bureau, technicien et assimilé	11 303 761	539 284	11 843 045
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2 408 096	71 752	2 479 848
Étudiants et stagiaires	20 490	445	20 935
Total 2022-2023	27 236 969	1 055 180	28 292 149
Total 2021-2022			29 476 749
		Cible 2022-2023	28 201 433
		Écart	(90 717)
		Écart en %	(0,3)

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMME

	Dépenses 2021-2022		Dépenses 2022-2023		Variation	
	\$	%	\$	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	176 980 779	7,76	72 191 830	3,61	(104 788 949)	-59,21
Services généraux - activités cliniques et d'aide	159 283 756	6,98	166 628 232	8,33	7 344 476	4,61
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	628 134 352	27,53	509 584 775	25,46	(118 549 577)	-18,87
Déficience physique	156 856 041	6,88	152 010 713	7,60	(4 845 328)	-3,09
Déficience intellectuelle et TSA	149 087 583	6,53	140 441 966	7,02	(8 645 617)	-5,80
Jeunes en difficulté	170 018 191	7,45	165 319 796	8,26	(4 698 395)	-2,76
Dépendance	16 491 623	0,72	17 209 715	0,86	718 092	4,35
Santé mentale	228 404 854	10,01	222 394 573	11,11	(6 010 281)	-2,63
Santé physique	181 940 265	7,97	181 621 713	9,08	(318 552)	-0,18
Programmes-soutien						
Administration	115 779 408	5,07	111 486 102	5,57	(4 293 306)	-3,71
Soutien aux services	164 094 527	7,19	155 204 205	7,76	(8 890 322)	-5,42
Gestion des bâtiments et des équipements	134 455 562	5,89	107 136 636	5,35	(27 318 926)	-20,32
Total	2 281 526 941	100,00	2 001 230 256	100,00	(280 296 685)	-12,29

Pour plus d'information sur les ressources financières, consultez les états financiers inclus dans le **rapport financier annuel AS-471** publié sur ciussscn.ca/a-propos/portrait/rapport-annuel.

8.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

L'établissement présente dans ses résultats globaux, à la page 200 du *Rapport financier annuel* (AS-471), un surplus de 132 856 730 \$ se détaillant aux résultats du fonds d'exploitation à un surplus de 2 896 222 \$ et au fonds d'immobilisations à un surplus de 129 960 508 \$. Ce dernier s'explique par l'application de la norme comptable SP 3280 « Obligations liées à la mise hors service d'immobilisations (OMHS) » qui s'adresse à toutes les entités du périmètre comptable du gouvernement. Le revenu de subvention du MSSS a été comptabilisé en 2022-2023 alors que l'obligation a été comptabilisée à titre de redressement des soldes d'ouverture au 1^{er} avril 2022.

Ainsi, le CIUSSS s'est conformé à son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin de l'année financière.

8.3 LES CONTRATS DE SERVICE

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023.

	Nombre	Valeur \$
Contrats de services avec une personne physique*	13	918 215,00
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique**	189	142 761 904,14
Total des contrats de services	202	143 680 119,14

* Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

** Inclut les personnes morales de droit, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Réalisations

- Élaboration du catalogue de services dans le portail Web C2 Atom – outil de demandes de services en informatique pour les employés de l'établissement. Mise à jour des processus et implémentation de plusieurs formulaires et flux de travail en vue d'un déploiement organisationnel à l'automne 2023.
- Création de 20 nouveaux postes et d'un investissement de près de 15 M\$ pour la modernisation des technologies vieillissantes à l'aide du financement octroyé par le *Plan de modernisation technologique 2022-2025 (PMT)*.

Sécurité de l'information

- Progression importante du niveau de maturité de sécurité lors de la dernière autoévaluation des 15 mesures prioritaires de sécurité exigées par le ministère de la Cybersécurité et du Numérique (MCN) pour décembre 2022.
- Les 9 mesures prioritaires de sécurité pour l'année de référence et leur taux de réalisation :
 1. Mettre en place un outil d'inventaire et de désuétude en lien avec le matériel et les systèmes d'exploitation (79 %);
 2. Détecter les vulnérabilités et déployer les correctifs (81 %);
 3. Implanter une solution antivirus moderne (100 %);
 4. Inventorier les initiatives de sensibilisation à l'hameçonnage (100 %);
 5. Cartographier les systèmes sensibles du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) qui requièrent l'authentification multifacteur (MFA) et procéder à l'implantation (50 %);
 6. Effectuer les copies de sauvegarde, tests de recouvrement et relève informatique (100 %);

7. Cartographier les systèmes sensibles du RSSS qui nécessitent une solution de type « Captcha » et procéder à l'implantation (50 %);
 8. Publier la politique sur l'utilisation du courriel et de l'Internet (100 %);
 9. Inventorier les initiatives de sensibilisation des employés en lien avec la sécurité (100 %).
- Participation à la mise en place de différents outils pour les exigences de la *Loi 25*, tels qu'un formulaire pour évaluer les facteurs relatifs à la vie privée, un registre d'incident *Protection des renseignements personnels* (PRP), etc.

Projets structurants

- R03 – Phase 2 : poursuite des travaux de consolidation des infrastructures technologiques et rehaussement et consolidation d'instances d'actifs informationnels de l'organisation en conformité avec les standards technologiques actuels. Réduction des annuaires d'entreprise de 23 à 11, ce qui permet de diminuer la complexité de l'environnement.
- Mise à niveau majeure des différents environnements du Système d'information sur l'usager (SIU), principal dossier clinique informatisé utilisé par la DSMDI, aux dernières versions technologiques.
- Démarrage du projet de mise à jour de toutes les instances de l'engin d'interface (GiCom) avec plus de 600 connecteurs qui permettent l'interopérabilité entre les différents systèmes du CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Réseau sans-fil : poursuite et complétion des analyses de sites requises ainsi que la mise à jour du câblage requis pour le déploiement du réseau sans-fil dans les 81 installations prévues dans le projet. Le nouveau réseau sans-fil est maintenant opérationnel dans 40 installations sur 81 et 5 installations sont en attente d'activation.

- MDA MA :
 - Acquisition de 3 nouveaux systèmes d'information — *Gustav* pour la gestion des activités cliniques, *Pandaweb* pour la feuille d'administration des médicaments (FADM) et la prescription électronique de médicaments, et *Connex* pour les moniteurs des signes vitaux. Tous ces systèmes ont été implantés dans des environnements de préproduction et les tests sont en cours;
 - Participation à l'appel d'offres pour les systèmes de vidéosurveillance dans les chambres des résidents et de la câblodistribution;
 - Accompagnement de la DST pour la mise aux normes des salles informatiques et de tous les locaux des bâtiments.
- Déploiement de *Cristal-Net* en CLSC pour le volet dossier patient électronique dans les secteurs de Vieille-Capitale, Québec-Nord et Portneuf.
- Outil de gestion des infrastructures : déploiement de 5 plateformes centralisées servant à la gestion d'inventaire, la gestion et la surveillance des infrastructures et des environnements technologiques (*ANSIBLE, NEDI, GLPI, SolarWinds IPAM, ELK*).

Opérations

Des efforts ont été consacrés à la mise à jour du parc technologique et au maintien d'actifs des applications cliniques :

- Avancement à 48 % du projet de consolidation et de remplacement des 84 systèmes téléphoniques présents dans près de 200 installations;
- Déploiement de la diversité géographique de lien réseau de mission dans 9 installations critiques;
- Déploiement de 103 salles de rencontre pour l'utilisation de Teams en groupe (salle de visioconférence);
- Remplacement de plus de 1900 postes de travail désuets, permettant d'avoir une conformité du parc de l'ordre de 80 %;
- Remplacement de 50 commutateurs réseau, faisant passer le pourcentage de conformité de 95,7 % à 100 %;
- Retrait de 130 imprimantes et redirection vers des appareils multifonctions plus performants et moins dispendieux d'utilisation;
- Transformation de plus de 166 télécopieurs en télécopieur virtuel par l'intermédiaire de l'application *Xmédius* (économie de coût);
- Migration ou retrait de 21 serveurs physiques désuets, dont 14 serveurs hôtes de virtualisation, faisant passer le pourcentage de conformité de 66 % à 82 %;
- Remplacement de 8 261 téléphones, portant le taux de conformité à 48 %;
- Mise à jour et consolidation de 8 systèmes d'information cliniques, incluant 26 instances/ environnements;
- Intégration du Centre d'hébergement Paul-Triquet dans l'infrastructure informatique du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- Intégration de l'équipe du 811 vers le 555, boulevard Wilfrid-Hamel et retour au Jeffery Hale.

Priorités

- Alignement de la DRI sur les priorités gouvernementales et encadrement des efforts quant à la mise à jour des infrastructures et des systèmes d'information, par le rehaussement de la sécurité informationnelle et la conversion vers l'infonuagique, grâce au PMT du MSSS. Dans ce contexte, la DRI poursuit le remplacement des équipements désuets en tenant compte des priorités organisationnelles ainsi que de ses capacités de main-d'œuvre et financières.
- Poursuite des trois grands projets structurants suivants :
 - Remplacement de 4 125 téléphones pour avancer la migration des 84 systèmes téléphoniques vers un système téléphonique IP unique;
 - Déploiement du réseau sans fil dans les 36 installations restantes sur les 81 installations prévues, dont l'IRD PQ et l'IUSMQ;
 - Consolidation des infrastructures pendant la seconde phase du projet R03-Serveur consistant à éliminer 9 répertoires d'entreprise restants sur 23 pour n'en conserver qu'un seul.

- Migration de serveurs :
 - Mise à niveau majeure des différents environnements du système *Projet Intégration Jeunesse* (PIJ) constituant le dossier de l'utilisateur au niveau de la Protection de la jeunesse et de la réadaptation des jeunes en difficulté;
 - Rehaussement de l'environnement de la plateforme de développement de l'unité de gestion et du suivi de l'information (UGSI) organisationnel;
 - Rattrapage de 480 serveurs désuets accompagné de rehaussement applicatif.
- Consolidation et normalisation des 9 instances du système d'imagerie (PACS) aux dernières versions disponibles afin de mieux desservir les radiologistes de la région et préparer l'arrivée du dossier santé numérique (DSN).
- Soutien à l'ouverture des MDA MA.
- Suivant le report des dates pour les périodes d'activation, les différentes équipes de la DRI seront mobilisées pour :
 - Déployer des systèmes d'information cliniques et des équipements biomédicaux (*Gustav*, *Pandaweb* et *Connex*);
 - Installer l'infrastructure technologique dans les salles informatiques (commutateur, UPS, serveurs, etc.);
 - Installer des bornes sans-fil et valider leur couverture;
 - Déployer l'équipement informatique et des systèmes d'information spécialisés en imagerie;
 - Installer et programmer le système téléphonique et les équipements (passerelle analogique, téléphones, etc.).
- En cohérence avec la mise en application de la nouvelle politique gouvernementale de cybersécurité, poursuite des travaux sur la conformité aux 15 mesures minimales en matière de sécurité de l'information, particulièrement par :
 - La mise en place de copies de sauvegarde;
 - La gestion des accès;
 - La mise en place des tests de recouvrement;
 - Le déploiement de la relève informatique;
 - L'implantation de journalisation des accès aux systèmes exposés sur Internet;
 - L'activation des notifications sur les changements faits aux comptes des utilisateurs;
 - L'implantation d'une solution de transmission sécuritaire des informations confidentielles avec les citoyens.
- Réalisation d'un audit de sécurité sur 47 éléments d'ici le 10 juin 2023.
- Poursuite des travaux du programme de consolidation des centres de traitement informatique (PCCTI) vers l'infonuagique :
 - Réalisation de l'architecture;
 - Planification de la gestion des changements organisationnels;
 - Mise en place des environnements infonuagiques en préparation des migrations des charges.
- Remplacement ou rehaussement du système de gestion des alarmes-incendie à l'IUSMQ.
- Poursuite du déploiement du DPE de *Cristal-Net* par la numérisation des dossiers papier dans les deux hôpitaux de Charlevoix, incluant la numérisation du fonds d'archives de l'Hôpital de La Malbaie.
- Déploiement d'une seule console de gestion intégrée pour l'ensemble du parc d'impression du CIUSSS par la réduction du nombre d'appareils et la mise en place des bonnes pratiques en gestion d'impression régies par une politique d'impression et des lignes directrices destinées à tous.
- Poursuite et finalisation de la migration de toutes les instances de l'engin d'interface GiCOM vers une version applicative plus récente et des serveurs à jour.
- Recherche et déploiement d'une nouvelle technologie pour remplacer les téléavertisseurs.

- Mise en place d'une gestion des accès (code utilisateur *Windows* et adresse de messagerie) automatisée afin de s'assurer que les nouveaux employés sont en mesure d'avoir leurs accès informatiques de base lors de leur accueil et de leur intégration. Cette priorité s'aligne sur le cadre du mandat organisationnel 3, soit l'optimisation interdirections de la gestion des ressources humaines.
- Mise en place de l'infrastructure de service informatique nécessaire au fonctionnement du CLSC de l'Établissement de détention de Québec ainsi qu'au fonctionnement du guichet d'accès pour les patients sans médecin de famille.

Enjeux

Migration des systèmes d'information en infonuagique selon le décret 596-2020 adopté par le Gouvernement du Québec

En vertu de ce décret, chaque établissement du RSSS a l'obligation de migrer la plupart de ses actifs cliniques et administratifs en infonuagique d'ici la fin 2025. Les enjeux découlant de ce projet concernent principalement l'équilibre dans la gestion de la capacité des équipes de la DRI considérant les autres priorités organisationnelles, la montée en compétences des équipes vers ce nouveau modèle de déploiement et d'exploitation des actifs informationnels, la sécurité de ces mêmes actifs et l'apprentissage et l'obtention du nouveau modèle de financement qui mettront davantage de pression sur les budgets d'exploitation de l'organisation.

Plan de modernisation technologique

Avec la mise en place du PMT, la reddition de compte de la DRI auprès du MSSS n'a jamais été aussi importante et met en lumière l'absence d'outils et de processus de travail adéquats pour faire un suivi agile de l'ensemble des enveloppes budgétaires à la DRI. De même, l'accélération des investissements augmente les besoins en appel d'offres de près de 300 % par rapport à l'année précédente. Comme tous les établissements ont obtenu cette enveloppe en même temps, l'accroissement de la demande a eu un impact majeur sur les délais de livraison et la disponibilité du matériel auprès des fournisseurs au temps opportun. Ainsi, la DRI a subi une pression accrue pour obtenir tout le matériel avant la fin de l'année budgétaire.

Pénurie de main-d'œuvre

Plus de 30 postes sont demeurés vacants durant l'année malgré des affichages renouvelés. Afin de s'acquitter de ses obligations, la DRI a dû recourir à plus de 45 consultants, un nouveau record atteint. La rareté de la main-d'œuvre chronique apporte diverses difficultés qui démobilisent les équipes. Cette année, les processus de recrutement, d'embauche (interne et externe), d'intégration par les gestionnaires et de mentorat par les professionnels ont apporté une surcharge importante sur plusieurs équipes. Avec le départ de certaines ressources seniors clés et l'impact d'avoir moins de ressources internes expérimentées, la surcharge se concentre donc sur les épaules des mêmes employés, ce qui ne fait qu'accroître la problématique.

L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
1	2	3	4	5

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers

<p>Au cours de l'exercice 2020-21, le MSSS a demandé aux établissements de compléter un gabarit standard concernant les coûts additionnels reliés au coronavirus inclus dans les centres d'activités. Ce gabarit contient également les économies venant réduire les coûts et les coûts additionnels non financés par un revenu, composante sur lesquelles l'auditeur n'a pas pu obtenir d'éléments probants suffisants et adéquats. Aussi, l'auditeur n'a pas été en mesure de valider de façons satisfaisante les reclassements de charges effectués à la suite des analyses budgétaires au cours de l'exercice.</p>	2020-2021	0500 Réserve	<p>En conformité avec la NOCC-30 - Compilation des coûts reliés à une pandémie - du MSSS, l'établissement a continué d'exercer une vigie sur tous les coûts reliés à l'urgence sanitaire auprès de tous les gestionnaires de l'établissement, et ce, tout au long de l'année. De plus, l'établissement a suivi attentivement toutes les précisions que le MSSS donnait, et ce, pour la période pandémique de la COVID-19 (du 1^{er} mars au 13 mai 2022) et pour la période post-pandémie (du 14 mai 2022 au 31 mars 2023). Pour l'exercice terminé le 31 mars 2023, l'auditeur indépendant n'a toutefois pas été en mesure d'obtenir les éléments probants, suffisants et adéquats en ce qui concerne le reclassement de certaines charges salariales.</p>	0610 Partiellement réglé
<p>Le contrôleur des finances a émis une directive concernant la comptabilisation d'une provision relative aux offres salariales du gouvernement au 31 mars 2021 qui est consolidée au niveau du gouvernement du Québec au lieu d'être comptabilisée dans chaque établissement. Il y a donc une sous-évaluation des salaires à payer au 31 mars 2021 dont la direction n'a pas été en mesure d'établir le montant au prix d'un effort raisonnable.</p>	2020-2021	0500 Réserve	<p>Pour l'exercice terminé le 31 mars 2023, la directive émise par le contrôleur des finances concernant la comptabilisation d'une provision relative aux offres salariales du gouvernement au 31 mars 2021 consolidée au niveau du gouvernement du Québec au lieu d'être comptabilisée dans chaque établissement n'a plus d'impact sur les montants comptabilisés.</p>	0600 Régulé

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
1	2	3	4	5

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant

Question 2 - L'établissement n'a pas apporté, pour chacune des sections concernées (immobilisations, mobilier 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.	2017-2018	0520 Commentaire	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.	0620 Non réglé
Question 5 - L'établissement a versé des primes de soins critiques à des infirmières du Centre antipoison du Québec qui ne correspondaient pas aux services prévus dans les conventions collectives nationales.	2017-2018	0520 Commentaire	Les employés du Centre antipoison du Québec ont été intégrés dans un centre d'activités d'urgence. Ils peuvent donc bénéficier de la prime de soins critiques conformément aux dispositions nationales de la convention collective.	0600 Régulé
Question 6 - Les travaux d'audit ont permis de relever des déficiences du contrôle interne.	2020-2021	0520 Commentaire	Ces déficiences sont décrites dans la section suivante: "Rapport à la gouvernance".	0620 Non réglé

Rapport à la gouvernance

C-1 - Nous recommandons au CIUSSS de la Capitale-Nationale 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.	2017-2018	0520 Commentaire	En continuité aux actions posées en 2021-2022, l'établissement s'est assuré, au cours de l'année 2022-2023, de l'application du cadre de référence concernant les allocations directes pour le maintien à domicile.	0600 Régulé
C-3 - Nous recommandons au CIUSSS de la Capitale-Nationale de mettre en place et d'appliquer une procédure formelle et documentée de la gestion des accès pour l'application SIRTF.	2018-2019	0520 Commentaire	Depuis les deux dernières années, l'établissement a optimisé son processus de gestion des accès en révisant les divers groupes d'accès à l'application SIRTF et ainsi réduit considérablement le risque relié à la gestion des accès. Cependant, la suite de la révision du processus a été mise sur pause considérant la fusion prochaine des bases de données, évitant ainsi la répétition des opérations nécessaires dans les diverses bases de données actuelles.	0610 Partiellement réglé

LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES À L'ÉGARD DES ORGANISMES PUBLICS

	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1 Nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations. ¹	1	Sans objet	
2 Nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1). ²	Sans objet	1	Sans objet
3 Nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22.		1	
Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations :			
4 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
Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie.		Sans objet	Sans objet
Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui.		Sans objet	Sans objet
Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité.		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
5 Nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations.		Sans objet	Sans objet
6 Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés.		Sans objet	Sans objet
7 Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé.			Sans objet
8 Nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23. ³	0	Sans objet	Sans objet

¹ Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

² Une divulgation peut comporter plusieurs motifs. Par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offres.

³ Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi, est répertorié à ce point.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

12.1 LES SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Dans le cadre du *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC), le CIUSSS de la Capitale-Nationale subventionne des organismes communautaires (OC) selon deux principaux modes de financement. Le premier mode soutient la mission globale des OC 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 activité spécifique, vise l'atteinte d'objectifs sociaux et de santé spécifiques, tels ceux visés par les priorités régionales, définis dans le cadre de divers modes de planification de services. Le financement pour activité spécifique peut aussi bien s'adresser aux OC 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, 69 347 118 \$ ont été accordés pour l'année 2022-2023 dans la région (incluant une indexation de 2,9 %). On trouvera dans les tableaux suivants un aperçu des 252 organismes (221 organismes soutenus en mission globale et 31 en activité spécifique) qui ont été financés.

En 2022-2023, 14 organismes ont déposé une demande d'admissibilité au PSOC. De ce nombre, 1 a été considéré comme admissible. Cet organisme pourra demander un premier financement pour l'année financière 2023-2024. Deux organismes ont fermé leurs portes au cours de l'exercice financier.

En cours d'année, un montant de 2 628 363 \$, accordé par le MSSS afin de rehausser le financement du PSOC, a permis à 212 organismes de la région (incluant les points de service) 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. De plus, du financement sectoriel à la mission globale pour les organismes œuvrant en santé mentale (1 126 200 \$), en hébergement jeunesse (297 700 \$) et en violence conjugale (plus de 5 000 000 \$) a permis de rehausser de manière spécifique plusieurs organismes.

Il existe d'autres modes de financement des OC, hors PSOC, permettant d'offrir un soutien dans le cadre d'ententes de services, de projets ponctuels. Ces modes de financement représentent un total de 7 169 488 \$ pour l'année 2022-2023. Certains OC reçoivent également du financement de la part des directions cliniques de l'établissement; ces montants ne sont pas répertoriés de manière distincte dans cette présentation.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale dispose d'une politique régionale de reconnaissance et de soutien des OC. Le Comité de mise en application de la politique (CMAP) est une instance locale composée de deux représentants d'OC 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 CA 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 pour le financement à la mission des OC.

Gestion de la reddition de compte des organismes financés par le PSOC

Les OC financés dans le cadre du PSOC doivent déposer leurs documents de reddition de comptes dans les trois mois suivant la fin de leur année financière. 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 dispose d'une démarche de suivi rigoureuse en lien avec le dépôt de la reddition de compte comprenant :

- Un rappel des obligations de dépôt de reddition de comptes;
- Un avis de retard par courriel, s'il y a lieu;
- Un avis de suspension des versements, dans la mesure où aucune entente n'a été prise.

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 OC et les directions concernées.

Pour les organismes subventionnés par le volet « Activités spécifiques », les modalités de reddition de compte sont indiquées dans la lettre ou l'entente précisant annuellement le financement accordé.

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Catégorie de financement	Subvention 2022-2023 \$
Financement accordé par le PSOC	
Mission globale	61 501 396
Activité spécifique	7 845 722
Financement accordé hors PSOC	7 169 488

NOMBRE D'ORGANISMES FINANCÉS PAR LE PSOC

Catégorie de financement	Nombre 2022-2023
Mission globale	221
Activité spécifique	31
Total	252

12.2

LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — MISSION GLOBALE ET ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES

Organisme communautaire	2021-2022 \$	2022-2023 \$
Action bénévole de Saint-Basile inc.	5 949	6 122
Adaptavie inc.	137 893	157 274
Aide à la communauté et services à domicile	53 534	55 086
Aidons-lait	99 467	121 736
Albatros Québec	83 703	114 000
Allaitement Québec	99 467	121 736
Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale (AGIR en santé mentale)	79 108	81 402
Alternative jeunesse Mont-Sainte-Anne	125 236	152 097
Amicale Alfa de Québec	125 237	152 098
Ancrage de L'Isle-aux-Coudres (L')	106 352	134 725
Arc-en-ciel Organisme communautaire en santé mentale ◊	860 293	902 670
Arche l'Étoile inc. (L')	485 826	499 915
Archipel d'entraide (L')	345 751	376 601
Association Alti	116 327	119 700
Association bénévole Côte-de-Beaupré	191 814	206 688
Association Bénévole de l'Île d'Orléans (L')	102 190	124 241
Association canadienne pour la santé mentale (région de Québec) inc.	180 891	203 070
Association de fibromyalgie — région de Québec	99 467	121 736
Association des grands brûlés F.L.A.M. (L')	214 333	227 404
Association des handicapés respiratoires de Québec (1984)	47 514	48 892
Association des personnes avec une déficience de l'audition	120 304	140 904

◊ Maison-mère avec au moins un point de service.

Organisme communautaire	2021-2022 \$	2022-2023 \$
Association des personnes handicapées de Charlevoix inc.	109 123	126 783
Association des personnes handicapées de Portneuf	114 428	135 498
Association des personnes intéressées à l'aphasie et à l'accident vasculaire cérébral (APIA-AVC)	109 507	112 683
Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec (03)	129 453	97 430
Association des proches aidants de la Capitale-Nationale ◊	98 690	146 509
Association des Sourds de Québec inc.	17 173	17 671
Association des T.C.C. des deux rives (Québec - Chaudière-Appalaches) (L')	109 507	130 972
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A.) Québec métro (03-12) inc.	123 867	144 182
Association pour l'intégration sociale (région de Québec) (L')	114 428	135 498
Association Y.W.C.A. de Québec	1 209 829	1 621 223
Atelier de la mezzanine	172 108	177 099
Autisme Québec	178 603	194 534
Autonhommie, Centre de ressources sur la condition masculine (Québec) inc. (L')	339 984	358 986
Auto-Psy (région de Québec)	193 960	208 681
Autre avenue (L'), organisme de justice alternative	698 682	718 944
Baratte (La)	55 810	57 428
Bénévolat Michel Sarrazin	93 804	116 526
Bénévolat Saint-Sacrement inc.	130 837	134 631
Boussole (La), regroupement des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale	400 024	420 768
Butineuse de Vanier (La)	156 881	133 067
C.E.R.F. volant de Portneuf inc.	13 962	14 367
Cabanon maison des jeunes de Lac-Beauport (Le)	141 131	166 719
Café-rencontre du Centre-ville (Québec) inc.	115 952	143 557
CALACS de Charlevoix	354 203	364 475
Carrefour de l'Amitié Charlesbourg	142 215	146 339

◊ Maison-mère avec au moins un point de service.

Organisme communautaire	2021-2022 \$	2022-2023 \$
Carrefour des proches aidants de Québec	146 715	165 200
Carrefour familial des personnes handicapées	161 354	178 667
Centre Bonne Entente	172 420	187 420
Centre CASA (1997)	191 218	212 795
Centre communautaire l'Amitié inc. (Le)	269 263	294 635
Centre communautaire Pro-Santé inc.	208 010	312 587
Centre d'action bénévole Aide 23	191 760	206 638
Centre d'action bénévole de Charlevoix	191 793	215 283
Centre d'action bénévole de Québec	145 057	149 264
Centre d'action bénévole du Contrefort	191 819	206 693
Centre de crise de Québec	2 728 677	2 894 484
Centre de jour Feu Vert inc. ◊	414 705	452 397
Centre de jour l'Envol inc.	175 147	219 714
Centre de parrainage civique de Québec inc. (Le)	161 990	195 172
Centre de prévention du suicide C.P.S.	951 466	988 201
Centre de prévention du suicide de Charlevoix ◊	287 401	309 021
Centre de traitement des dépendances Le Rucher	281 693	296 026
Centre d'entraide du trouble affectif bipolaire de Québec — L'équilibre	182 169	204 443
Centre d'entraide Émotions	152 696	191 289
Centre des femmes de Charlevoix	248 968	265 921
Centre des femmes de la Basse-Ville (Le)	271 667	286 802
Centre femmes aux 3 A de Québec inc.	268 526	283 913
Centre femmes de Portneuf	109 507	130 972
Centre international des femmes, Québec	245 967	269 362
Centre Multi-Services 16-30 ans La Source	53 547	86 149
Centre résidentiel et communautaire Jacques-Cartier (Le)	174 121	197 068

◊ Maison-mère avec au moins un point de service.

Organisme communautaire	2021-2022 \$	2022-2023 \$
Centre ressources pour femmes de Beauport (CRFB)	230 285	248 734
Centre Signes d'Espoir	253 197	263 156
Centre social de la Croix Blanche (région de Québec)	256 146	289 614
Centre-Femmes aux Plurielles	231 898	250 218
Centre-Femmes d'aujourd'hui	236 223	254 196
Centrespoir-Charlesbourg inc. (Le)	113 733	134 859
Centr'hommes Charlevoix	99 467	121 736
Cercle Polaire	182 439	204 006
Chantelait	109 507	130 972
Club bon cœur des cardiaques de Charlevoix inc.	111 655	132 948
Club Cardio Santé de Charlevoix inc.	109 507	130 972
Collectif d'accompagnement à l'accouchement « Les Accompagnantes » (Le)	150 632	168 803
Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap (CAPVISH) (Le)	108 306	111 447
Comité d'aide aux femmes sourdes de Québec	151 032	165 336
Comité de la popote de Clermont	8 371	–
Comité de volontariat de quartier Limoilou-Sud inc.	66 929	–
Comite Neuville se souvient	24 660	25 375
Comité Vas'y de Saint-Raymond	181 623	197 313
Communautés Solidaires	141 320	194 142
Contact-Aînés	78 883	114 001
Corporation d'animation l'Ouvre-Boîte du Quartier ◊	311 146	345 284
Corporation jeunesse l'Évasion l'Ornière	141 131	166 719
Courtepointe (La)	109 507	130 972
Croissance-Travail	1 035 662	1 074 839
Cuisine collective de Beauport ◊	114 428	160 986
Demi-Lune	182 985	259 932

◊ Maison-mère avec au moins un point de service.

Organisme communautaire	2021-2022 \$	2022-2023 \$
Diavie	93 602	116 340
Dysphasie Québec	147 231	165 675
Entr'actes, Productions artistiques	152 798	170 796
Entraide Agapè	154 879	164 405
Entraide communautaire le Halo (L')	191 766	206 643
Entraide des aînés de Sillery	92 156	94 829
Entraide du Faubourg inc.	250 300	267 147
Entraide jeunesse Québec	136 161	156 072
Entraide Les Saules inc. (L')	38 340	79 340
Entraide Naturo-Lait	99 467	117 351
Entraide Sainte-Foy	147 772	152 057
Épilepsie Section de Québec	99 466	121 735
Équipe bénévole de l'institut (L')	33 068	34 027
ESPACE région de Québec	387 212	398 441
Évasion Saint-Pie X (L')	280 533	318 709
Éveil Charlevoisien (L') ◊	471 176	484 840
Évolution Charlevoix ◊	422 127	533 334
Fondation de la Greffe de Moelle Osseuse de l'Est du Québec	33 462	34 432
Forum-jeunesse Charlevoix-Ouest ◊	408 007	456 277
Fraternité Sainte-Marie de Ville de Vanier inc. (La)	205 341	219 132
G.A.P.I. Groupe d'aide aux personnes impulsives (ayant des comportements violents)	632 148	767 760
Gîte Jeunesse inc. ◊	623 741	705 028
Grand chemin inc. (le)	468 796	482 391
Grands frères et Grandes sœurs de Québec inc. (Les)	109 507	130 972
GRIS-Québec	120 946	143 838
Groupe action-jeunesse de Charlevoix ◊	519 130	580 528

◊ Maison-mère avec au moins un point de service.

Organisme communautaire	2021-2022 \$	2022-2023 \$
La maison de Marthe	63 182	88 355
L'Amarrage	476 469	563 422
Laura Lémervel ◊	123 324	168 682
Le Sillage	139 444	162 644
Libre Espace Côte-de-Beaupré inc.	175 147	256 750
Magnifique inc. (Le)	109 506	130 971
Mains de l'Espoir de Charlevoix inc. ◊	230 989	258 771
Maison communautaire Missinak Ressource d'hébergement et de ressourcement pour femmes autochtones et leurs familles	932 562	1 161 399
Maison d'aide Villa Saint-Léonard	188 525	210 318
Maison de Job	293 215	306 625
Maison de la famille D.A.C. (Droit d'accès Charlesbourg)	43 281	44 536
Maison de la famille de Charlevoix	33 508	34 480
Maison de la famille DVS (La)	423 031	435 299
Maison de Lauberivière, aide aux adultes en difficulté	413 579	475 336
Maison d'entraide l'Arc-en-ciel inc.	207 011	227 324
Maison des femmes de Québec (La)	1 057 023	1 224 790
Maison des jeunes « La Marginale » inc. (La) ◊	286 825	322 773
Maison des jeunes de Beauport Est ◊	289 616	325 340
Maison des jeunes de Beauport Ouest ◊	286 318	322 306
Maison des jeunes de Cap-Rouge inc. (La)	166 691	190 233
Maison des jeunes de Duberger	141 131	166 719
Maison des jeunes de L'Ancienne-Lorette inc. (La)	155 779	180 195
Maison des jeunes de l'Île d'Orléans (La) ◊	256 556	294 927
Maison des jeunes de Neuville	141 131	166 719
Maison des jeunes de Notre-Dame-des-Monts (La)	141 131	166 719
Maison des jeunes de Pont-Rouge 125 inc. (La)	141 131	166 719

◊ Maison-mère avec au moins un point de service.

Organisme communautaire	2021-2022 \$	2022-2023 \$
Maison des jeunes de Saint-André de Neufchâtel (La)	141 131	166 719
Maison des jeunes de Saint-Augustin-de-Desmaures inc. (La) ◊	256 556	294 927
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-de-Laval	141 131	166 719
Maison des jeunes de Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	141 131	166 719
Maison des jeunes de Saint-Émile	125 236	152 097
Maison des jeunes de Saint-Ferréol-les-Neiges ◊	240 661	280 305
Maison des jeunes de Saint-Raymond inc. (La)	61 420	63 201
Maison des jeunes de Sillery inc. (La)	141 130	166 719
Maison des jeunes de Wendake inc. (La)	91 007	93 646
Maison des jeunes du Lac Saint-Charles inc.	155 406	179 851
Maison des jeunes du quartier Saint-Jean-Baptiste (La)	196 542	217 694
Maison des jeunes la Baraque des Éboulements	141 131	166 719
Maison des jeunes la Parenthèse (La)	173 745	196 722
Maison des jeunes l'Atôme	141 131	166 719
Maison des jeunes l'Envol de Sainte-Foy inc.	172 648	195 713
Maison des jeunes l'Escapade de Val-Bélair	196 997	218 112
Maison des jeunes l'Exode de Limoilou (La)	170 714	193 934
Maison des jeunes l'Intégrale inc. (La) ◊	404 256	452 826
Maison du cœur pour femmes	1 061 163	1 239 932
Maison Hélène Lacroix	1 163 938	1 331 462
Maison La Montée (La)	1 014 822	1 184 007
Maison l'Éclaircie	331 999	350 770
Maison Marie-Frédéric	451 081	538 487
Maison Marie-Rollet	1 214 371	1 476 232
Maison Oxygène Vers l'Autonomie	233 629	240 404
Maison pour femmes immigrantes	1 083 068	1 245 552

◊ Maison-mère avec au moins un point de service.

Organisme communautaire	2021-2022 \$	2022-2023 \$
Maison Richelieu Hébergement Jeunesse Sainte-Foy inc.	470 713	555 205
Mamie-Lait	99 467	121 736
Marée Regroupement des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (La) ◊	314 771	339 567
Mères et monde — Centre communautaire et résidentiel par et pour jeunes mères	150 969	175 769
Mieux-Être des Immigrants (Le)	199 507	130 972
Milieu de vie inclusif pour les 12 à 25 ans, le Para-chute	153 695	178 277
Mirépi, maison d'hébergement inc.	1 366 209	1 588 721
Moisson Québec inc.	113 274	134 437
Mouvement des services à la communauté du Cap-Rouge inc.	114 460	130 000
Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-sida à Québec (MIELS-Québec)	663 836	683 087
Odyssée Bleue inc. (L)	141 291	156 170
Œuvres de la Maison Dauphine inc. (Les)	259 278	333 390
Organisation communautaire d'écoute et d'aide naturelle (O.C.E.A.N.)	191 982	205 309
Organisation pour la santé mentale œuvrant à la sensibilisation et à l'entraide (O.S.M.O.S.E.)	150 368	190 958
Organisation québécoise des personnes atteintes du cancer (1984) inc.	140 898	166 505
Parents-Espoir	118 731	178 564
Parkinson Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches	93 602	96 316
Passage, centre de thérapie familiale en toxicomanie (Le)	109 507	130 972
Patro Roc-Amadour	146 626	150 878
Pavois (Le) — programme d'activités valorisantes offrant interaction et soutien	961 066	998 080
Pavois de Loretteville (Le)	123 425	127 004
Pavois de Sainte-Foy (Le)	168 752	173 646
Perséides, soutien au deuil périnatal (Les)	118 732	178 152
Petit Répit (Le)	40 243	41 410
Pilier Jeunesse — maison des jeunes de Les saules et de Lebourgneuf inc. (La) ◊	300 396	335 253
Piolet (Le)	146 052	171 247

◊ Maison-mère avec au moins un point de service.

Organisme communautaire	2021-2022 \$	2022-2023 \$
Point de Repères (1990)	510 029	524 820
Popote de Charlesbourg (La)	83 231	85 645
Popote et Multi-services	166 361	171 185
Popote roulante Sainte-Foy inc.	29 410	41 263
Présence-Famille Saint-Augustin	114 428	135 498
Programme d'encadrement clinique et d'hébergement, P.E.C.H.	1 261 203	1 315 277
Projet L.U.N.E.	248 856	259 162
Projet Intervention Prostitution Québec inc.	233 435	301 589
Regroupement action prévention jeunesse des Laurentides	160 023	184 099
Regroupement des Aînés de Saint-Émile	9 816	10 101
Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix)	20 295	20 884
Regroupement des organismes communautaires de la région 03	260 126	274 055
Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03 (ROP 03)	18 351	18 883
Regroupement des personnes handicapées visuelles (régions 03-12)	167 789	172 655
Regroupement des stomisés Québec-Lévis inc.	26 576	27 347
Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec	60 954	62 722
Regroupement pour l'intégration sociale de Charlevoix	113 130	134 305
Relais d'Espérance	146 052	171 247
Relais la Chaumine inc.	310 010	328 143
Relevailles Québec	164 194	181 280
Résidence Le Portail	295 257	303 819
Ressource Génésis Charlevoix inc.	125 236	152 097
Ressources familiales la Vielle caserne de Montmorency	109 507	130 972
Ruche Vanier inc. (La)	147 212	172 032
S.O.S. Grossesse	111 967	133 235
SAIRAH Service d'autonomisation, d'intégration et de réadaptation aux adultes ayant un handicap inc.	84 827	102 411

◇ Maison-mère avec au moins un point de service.

Organisme communautaire	2021-2022 \$	2022-2023 \$
Service Amical Basse-Ville inc.	265 135	280 794
Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (S.A.A.I.)	156 593	176 023
Service d'aide communautaire de Charlevoix-Est	104 385	126 260
Service d'entraide Basse-Ville inc.	167 358	212 540
Service d'entraide communautaire Rayon de Soleil	128 364	138 364
Service d'Entraide l'Espoir (Québec)	170 623	254 912
Service familial d'accompagnement supervisé	66 685	68 619
Service périnatalité (SRPFIQ)	–	40 000
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc. (SRIEQ)	146 945	159 409
Services TDAH & +	145 868	159 662
Sexplique	135 919	151 434
Société Alzheimer de Québec (La) ◊	225 603	246 996
Société de Saint-Vincent de Paul de Québec (La)	44 599	45 892
Société Grand Village inc. (La)	10 663	10 972
Solidarité Familles	146 052	171 247
SQUAT Basse-Ville (Gite du Nomade)	367 948	467 953
Tel-Aide Québec inc.	156 102	155 090
Trame d'actions et d'initiatives concertées (T.R.A.I.C.) jeunesse	208 846	259 460
Trip Jeunesse Beauport	146 052	171 247
Unité Domrémy de Clermont inc.	116 356	131 356
Verger (Le), centre communautaire en santé mentale	154 693	192 718
Violence Info	239 330	536 271
Viol-Secours	841 154	865 547
Vision d'Espoir de Sobriété	153 401	168 019
TOTAL	61 339 225	69 347 118

◊ Maison-mère avec au moins un point de service.

ANNEXE 1

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	94
Section 1	
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	94
Section 2	
PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	97
Section 3	
CONFLIT D'INTÉRÊTS	100
Section 4	
APPLICATION	101
Annexe I	
Engagement et affirmation du membre	107
Annexe II	
Avis de bris du statut d'indépendance	108
Annexe III	
Déclaration des intérêts du membre	109
Annexe IV	
Déclaration des intérêts du président-directeur général	110
Annexe V	
Déclaration de conflit d'intérêts	111
Annexe VI	
Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	112
Annexe VII	
Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	113

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 lobbying* (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 circonstances¹.

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.

¹ 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 proscrié.

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 électorale.
- 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 un manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

19.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Je, soussigné(e), _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé(e) par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu
_____	_____	
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné(e), _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale due aux faits suivants :

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
membre du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale, déclare les éléments
suivants :

1. Intérêts pécuniaires

Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou
entreprise commerciale.

Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises
commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises
concernées] :

2. Titre d'administrateur

Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une
entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme
membre du _____.

J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise
ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat
comme membre du _____. [nommer les personnes
morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié(e) par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation
le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de
déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs
du CIUSSS de la Capitale-Nationale à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
président-directeur général et membre d'office du _____,
déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

- Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

- Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.
- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné(e), _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

Annexe VI – Signalement d’une situation de conflits d’intérêts

Je soussigné(e), _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

Je demande que le conseil d’administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d’éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d’examiner s’il existe ou non une situation de conflit d’intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

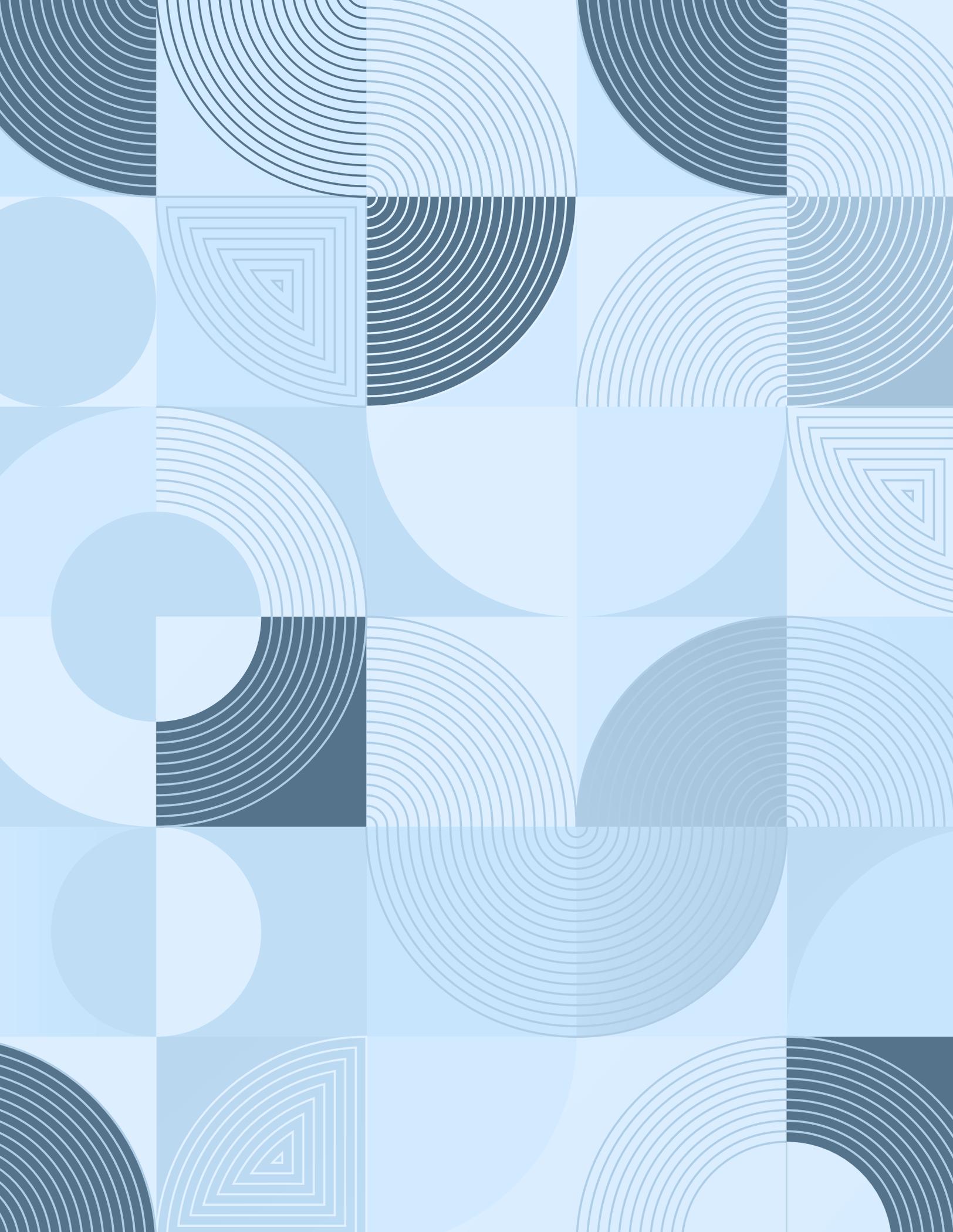
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné(e), _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu



*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Québec 