

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

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

21
22



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2021-2022

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

Québec 

Dépôt légal – 3^e trimestre 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-92904-8 (version imprimé)
ISBN : 978-2-550-92905-5 (version électronique)

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 de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU)	21	3.3.10	Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique (DDITSADP)
3.3.2	Direction de la logistique (DL)	22	3.3.11	Direction des programmes Santé mentale et Dépendances (DSMD)
3.3.3	Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)	22	3.3.12	Direction des ressources financières (DRF)
3.3.4	Direction des projets majeurs organisationnels et immobiliers (DPMOI)	23	3.3.13	Direction des ressources humaines et des communications (DRHC)
3.3.5	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)	24	3.3.14	Direction des services multidisciplinaires (DSM)
3.3.6	Direction de la recherche (DR)	26	3.3.15	Direction des services professionnels (DSP)
3.3.7	Direction de la vaccination (DV)	28	3.3.16	Direction des services techniques (DST)
3.3.8	Direction de santé publique (DSPu)	28	3.3.17	Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP)
3.3.9	Direction des affaires juridiques, institutionnelles et corporatives (DAJIC)	30	3.3.18	Direction du programme Jeunesse (DJ)
			3.3.19	Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées — volet soutien à domicile, services gériatriques spécialisés et soins palliatifs et de fin de vie (DSAPA-SAD, SGS, SPFV)
			3.3.20	Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées — volet hébergement (DSAPA-HEB)
			4	LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ
				41
			5	LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ
				51

5.1	L'Agrément	51	8 LES RESSOURCES FINANCIÈRES	67	
5.2	La sécurité et la qualité des soins et des services	52	8.1	L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	67
5.2.1	Mesures de contrôle	53	8.2	L'équilibre budgétaire	68
5.2.2	Prévention et contrôle des infections	53	8.3	Les contrats de service	68
5.3	Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	55	9 LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	69	
5.4	Le protecteur du citoyen	56	10 L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	73	
5.5	Les recommandations du coroner	59	11 LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES	80	
5.6	Les recommandations issues des autres instances	59	12 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	81	
5.7	Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission	60	12.1	Les subventions aux organismes communautaires	81
5.8	L'examen des plaintes et la promotion des droits	61	12.2	Le programme de soutien aux organismes communautaires — Mission globale et Activités spécifiques	84
5.9	L'information et la consultation de la population	62	Annexe 1	Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	95
6	L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	63			
7	LES RESSOURCES HUMAINES	65			
7.1	Les ressources humaines de l'établissement	65			
7.2	La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public	66			

LE MESSAGE DES AUTORITÉS

La COVID-19 étant toujours présente sur le territoire de la Capitale-Nationale, la période 2021-2022 ressemble, à quelques exceptions près, à la précédente. Déployant agilité et innovation, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a su, malgré tout, appliquer les stratégies nécessaires pour faire face à l'éclosion du virus devenue plus communautaire.

Grâce aux réajustements, au délestage du personnel et à d'autres mesures exceptionnelles, l'organisation a maintenu le cap en garantissant toujours l'accès aux soins et aux services, en assurant leur continuité et même, dans certains cas, en les améliorant. Le personnel du Service de prévention et contrôle des infections (PCI), pour ne nommer que lui, a fait preuve d'une grande souplesse et d'une capacité d'adaptation exceptionnelle afin de gérer la pandémie au fur et à mesure de son évolution.

Au travers de tous ces changements, les défis du recrutement et de la rétention de personnel sont demeurés majeurs pour le CIUSSS. Parmi les moyens mis en place, la campagne « Je contribue ! », née de la première vague de COVID-19, a constitué un levier important. Elle s'est poursuivie en ciblant principalement un apport de personnel pour la vaccination de la population.

Une campagne de vaccination réussie

Entamée à la toute fin de 2020, la campagne de vaccination s'est échelonnée tout au long de l'année 2021 et a connu un succès certain, avec une proportion de plus de 85,3 % de personnes vaccinées sur le territoire de la Capitale-Nationale. Plus encore, la région a fait figure de proue dans ce domaine, notamment en raison des processus efficaces en matière de vaccination et de gestion pharmaceutique qui ont servi de modèles à travers le pays.



Monique Carrière
Présidente du conseil d'administration



Michel Delamarre
Président-directeur général

Construire l'après-pandémie

La pandémie ayant occupé une place importante dans l'agenda des équipes, plusieurs grands chantiers ont quand même poursuivi leur évolution. De nombreux projets ont vu le jour alors que d'autres ont enfin connu un dénouement. Pensons, entre autres, aux travaux préparatoires pour la construction de l'Hôpital de La Malbaie, du développement des Maisons des aînés et maisons alternatives (MDA MA) ou encore l'inauguration du service de tomodensitométrie de l'Hôpital de Saint-Raymond de Portneuf.

Au chapitre des mesures mises en place pour faciliter le travail du personnel, la téléconsultation et le télétravail, adoptés tôt dans la gestion de crise, ont rapidement démontré leur utilité et leur efficacité. Cela nous mène à penser que ces moyens resteront en place au-delà de l'urgence sanitaire.

Dans ce contexte particulier, la Direction des ressources humaines et des communications (DRHC) a posé des gestes concrets pour assurer le bien-être du personnel. Diverses mesures de maintien ont été proposées, telles que le déploiement et l'implantation d'une communauté de Veilleurs, la mise en place de la plateforme Lifespeak, la promotion des outils « Prendre soin de soi et gérer son stress pendant la crise de la COVID-19 » élaborés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'élaboration et la diffusion de fiches de soutien destinées aux gestionnaires et aux employés affectés par le délestage de certains services ou programmes.

Nous vous remercions toutes et tous pour votre résilience et votre engagement professionnel à toujours offrir les soins et les services requis par la population de la grande région de la Capitale-Nationale.



« Il faut souligner l'excellence du travail accompli par Michel Delamarre au cours des sept dernières années. Il a mis au monde le CIUSSS de la Capitale-Nationale et lui a donné un formidable élan en l'implantant solidement dans la grande région de Québec et en réunissant une solide équipe de direction. Il a su incarner auprès de tous les valeurs de l'organisation. Nous le remercions pour tout; il a été un gestionnaire de proximité apprécié par l'ensemble des personnes qui font vivre le CIUSSS. »



Monique Carrière

Présidente du conseil d'administration

2

LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ

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

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

Les résultats et les données du *Rapport annuel de gestion 2021-2022* du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2022.



Michel Delamarre
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 (CIUSSS) de la Capitale-Nationale poursuit des objectifs de qualité et de performance en plaçant l'utilisateur au cœur de ses décisions et de ses actions.

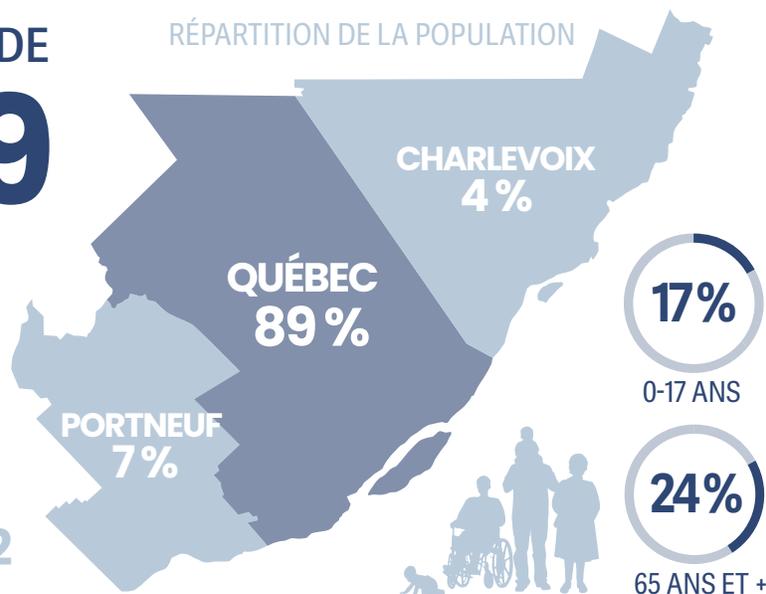
Son vaste territoire et une population diversifiée

RÉPOND AUX BESOINS DE

766 579
CITOYENS

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

RÉPARTITION DE LA POPULATION



Pour en savoir plus sur les données de santé de cette population, consultez le rapport *La santé de la population de la Capitale-Nationale en bref* sur le site Web du CIUSSS à ciussc.ca/a-propos/portrait.

Sa mission

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

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

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, et 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, bénéficiant de la confiance de la population et de ses partenaires et représentant une organisation universitaire inspirante pour le personnel, les médecins et les chercheurs.

Ses valeurs

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

Bienveillance

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

Respect

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

Collaboration

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

Responsabilisation

Se manifeste par la rigueur et l'imputabilité afin de contribuer à la réalisation de la mission de l'établissement en demeurant centrée sur l'expérience et les besoins de l'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 (18 362) 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 1 500 personnes engagées dans des projets de recherche;
- assure une gestion de plus de 6 400 stages dans 52 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 1,8 G\$.

Ses ressources humaines

Des personnes engagées et compétentes



Ces personnes travaillent en partenariat 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 et des services 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 axée sur la satisfaction des usagers;
- une harmonisation des pratiques;
- une offre de soins qui facilite le parcours de l'utilisateur et celui de ses proches;
- une offre de service de qualité et sécuritaire;
- une gestion dynamique de la performance.

Ses installations

200

INSTALLATIONS



6 Centres hospitaliers



28 CLSC



4 Centres de réadaptation



29 CHSLD



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 (SAINT-RAYMOND)

4 CENTRES DE RECHERCHE 

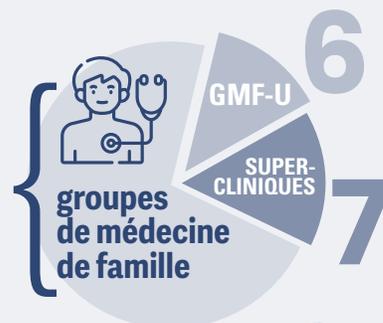
4 INSTITUTS UNIVERSITAIRES

2 PSYCHIATRIE

HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS
CHUL

33

GMF



62 Centres d'activité de jour



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



1 Maison de naissance

29 Plateaux de travail

9 Ateliers de travail

9 Foyers de groupe

10 Unités de réadaptation comportementale intensive (URCI)

1 Unité de traitement et de réadaptation intensive (UTRI)

2 Cliniques externes en gériatrie

145 Résidences privées pour aînés (RPA)



RAC
RÉSIDENCES À ASSISTANCE CONTINUE

21 DITSA
Déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme

1 TGC
Trouble grave de comportement

752

RI+RTF

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

4 166

LITS LONGUE DURÉE



2 750 en CHSLD public
597 en CHSLD privé conventionné
70 en soins de longue durée psychiatrique
749 en RI SAPA

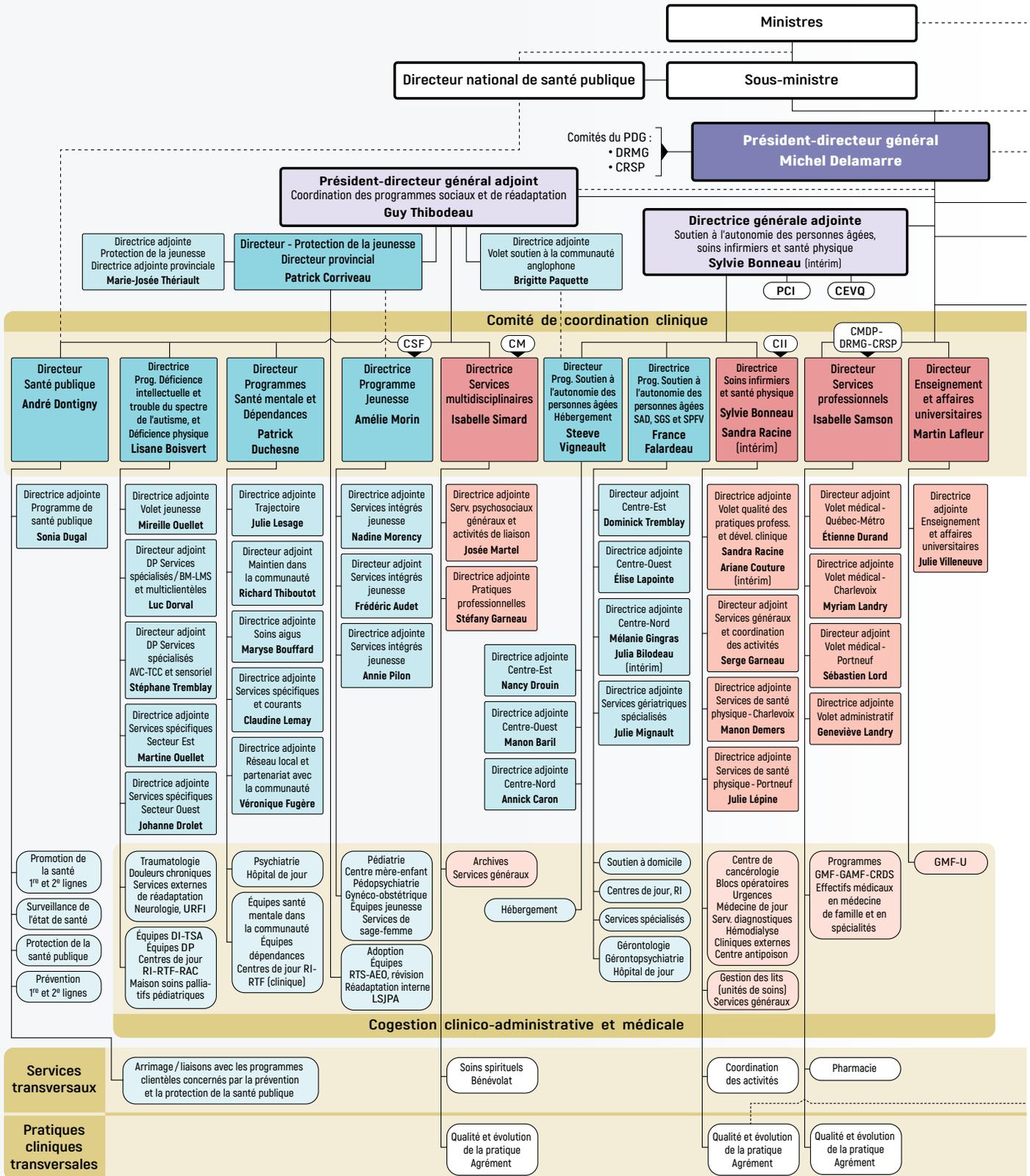
794

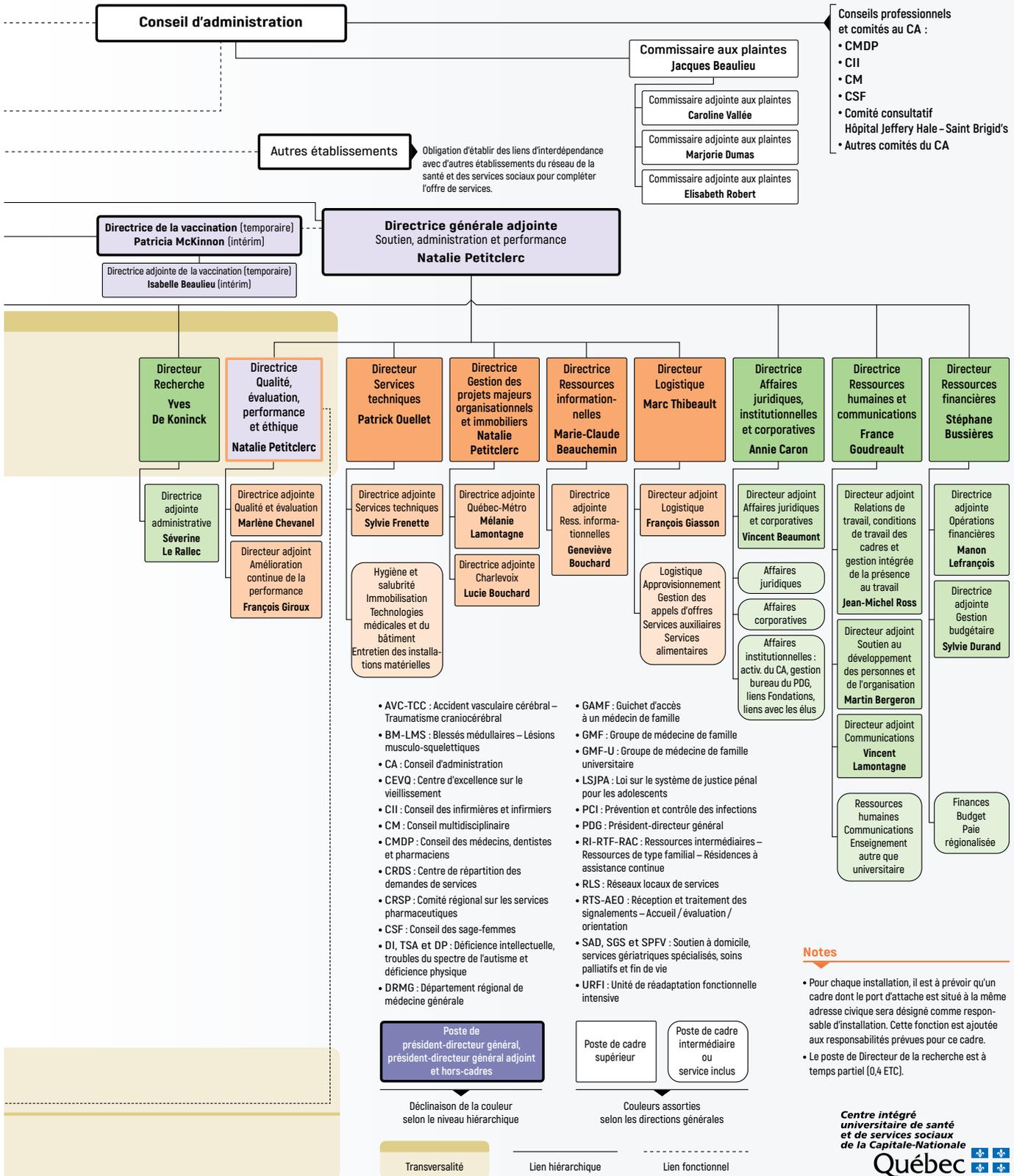
LITS COURTE DURÉE



30 en pédopsychiatrie
282 en psychiatrie
351 en santé physique
131 en gériatrie, UCDG et URFI

3.1.1 ORGANIGRAMME





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. Michel Delamarre, secrétaire
président-directeur général du CIUSSS

Membres indépendants

Mme Monique Carrière, présidente
expertise en santé mentale

Mme Joan Chandonnet,
compétence en vérification, performance
ou gestion de la qualité

Mme 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. Simon Lemay,
expertise en protection de la jeunesse

Mme Line Plamondon,
expertise dans les organismes communautaires

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

2 postes vacants

Membres désignés

M. Louis Boisvert,
comité régional sur les services pharmaceutiques

Mme Violaine Couture,
conseil des infirmières et infirmiers

M. Stéphane Garneau,
conseil multidisciplinaire

Mme Véronique Vézina,
comité des usagers du centre intégré

2 postes vacants

Membres désignés universitaires

M. Régnald Bergeron,
université affiliée

Mme Marie-Hélène Gagné,
université affiliée

Membre non-votant représentant les fondations

M. Jean-Denis Paquet

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 02), 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)

Partage d'information aux membres du CA en contexte de pandémie

Le partage d'information pertinente sur la pandémie en continu a permis au CGÉ de jouer pleinement son rôle de vigie quant aux actions mises en place par la direction de l'établissement pour faire face à ce contexte exceptionnel.

Sécurisation culturelle

Le CGÉ a reconnu l'importance de l'enjeu de la sécurisation culturelle en offrant une formation aux membres du

CA sur ce thème, appuyant ainsi la volonté de la direction d'assurer des conditions favorables au développement de soins et de services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuits.

Modification de la gouvernance à l'égard des comités d'éthique de la recherche

Une révision de la gouvernance et une actualisation des actions à poser en lien avec l'éthique de la recherche au sein de l'établissement ont été réalisées, notamment, en ajoutant aux responsabilités du comité un mandat de vigie et l'obtention d'une reddition de compte périodique des différents conseils.

Révision du soutien au comité de révision et formation

Dans une perspective d'amélioration continue, le CGÉ a convenu d'offrir un soutien administratif à la présidente du comité de révision et de la formation continue, afin de l'aider à assumer sa responsabilité de révision du traitement accordé par le médecin examinateur à l'examen d'une plainte d'un usager et à assurer une continuité dans cette fonction.

Nouvelle formule de l'assemblée publique d'information

Afin de mieux refléter leur apport aux actions d'amélioration continue au sein de l'établissement, les conseils professionnels et autres instances ont été invités à présenter leur rapport annuel, les résultats de leurs actions, les enjeux pouvant davantage concerner les secteurs de Portneuf et Charlevoix, dans le cadre de présentations dynamiques.

Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

Le CVQ s'est assuré à plusieurs reprises que les travaux concernant la sécurité des usagers sont maintenus et mis de l'avant malgré le contexte de la pandémie. Dans l'exercice de son rôle de vigie, il a effectué le suivi des travaux suivants :

- La surveillance des situations préoccupantes dans les différents milieux d'hébergement;
- La gestion intégrée des risques;
- L'analyse approfondie des décès consécutifs à des événements accidentels chez les personnes âgées hébergées;
- Les visites et recommandations émises par Agrément Canada.

Le CVQ a soigneusement fait l'analyse des rapports et des plans d'action, et élaboré les recommandations et leur suivi portant, entre autres, sur :

- L'actualisation des pratiques et des outils cliniques en matière de fugue;
- La prévention des chutes;
- La sécurité alimentaire;
- La réduction des erreurs de médicaments;
- L'hygiène des mains.

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, ainsi que du suivi de certaines plaintes et des recommandations émises, entre autres, sur la maltraitance et celles concernant les établissements privés dont il a la responsabilité.

Comité de vérification (CV)

Budget 2021-2022 et suivi périodique

- Examen des choix budgétaires proposés pour 2021-2022 et analyse des principaux enjeux.
- Suivi des résultats financiers à quatre 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 des résultats 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 des ressources informationnelles*, du *Bilan de la sécurité de l'information 2020-2021*, du *Plan d'action 2021-2022* et de l'aperçu de la programmation 2021-2026.
- Appréciation de l'état d'avancement au 1^{er} juin 2021 des 15 mesures minimales de sécurité exigées par le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT).

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 de 100 000 \$ et plus, attribués au cours de l'année 2020-2021.
- Analyse du *Portrait personnalisé des activités contractuelles des organismes publics*, préparé par le SCT, afin de s'assurer que l'établissement respecte bien certaines obligations contractuelles.

Gestion intégrée des risques

Suivi des travaux menés en gestion intégrée des risques, notamment sur les rôles et responsabilités confiés aux comités du CA et aux comités organisationnels, la démarche organisationnelle proposée et les modifications de la *Politique relative à la gestion intégrée des risques*.

Comité des ressources humaines (CRH)

Optimisation de la gestion des effectifs

Le CRH a porté une attention particulière au projet organisationnel d'optimisation de la gestion des effectifs visant une adéquation entre les priorités organisationnelles et gouvernementales et la disponibilité de la main-d'œuvre et assurant une offre de services qui répond à cette adéquation.

Diminution de la main-d'œuvre indépendante (MOI) et du temps supplémentaire obligatoire (TSO)

Le CRH a effectué le suivi des travaux visant la diminution de la MOI et du TSO.

Télétravail

Le CRH a approuvé la *Politique relative au télétravail*.

Rehaussement des structures de postes et de la titularisation des personnes

Le CRH s'est penché sur la finalisation des travaux visant à créer des équipes stables pour mieux répondre aux besoins des usagers et à offrir de meilleures conditions d'emploi.

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 CRH a pris acte du suivi effectué des actions liées à l'application de cette politique.

Transformation numérique

Le CRH a contribué à la réflexion concernant la mise en place du comité directeur en transformation numérique et à la préparation de la stratégie de mise en œuvre.

Suivi des travaux relatifs au personnel d'encadrement

Le CRH a effectué le suivi des travaux relatifs à la démarche de développement organisationnel visant à accompagner les cadres supérieurs dans le renforcement du potentiel humain de l'organisation (résilience, agilité et apprentissage). Il a également été consulté au sujet de la révision des politiques locales des conditions de travail des cadres qui prévoit notamment l'ajout de la gestion de proximité, et de la santé et du mieux-être — deux notions qui font partie intégrante de la philosophie de gestion de l'établissement.

Comité des soins et des services (CSS)

Le CSS a examiné l'offre de service du CIUSSS et ses enjeux, notamment ceux concernant les résultats quant à l'atteinte des cibles ministérielles, l'accès aux activités et les volumes d'activités des programmes suivants :

- Santé mentale adulte, dépendances et itinérance;
- Soins palliatifs et aide médicale à mourir;
- Maltraitance et sécurisation culturelle.

Le CSS est informé de façon régulière de l'avancement de l'élaboration du plan clinique organisationnel.

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

Analyse du *Cadre réglementaire de la recherche et des documents afférents*

Le CAUI a réalisé l'analyse du règlement, des politiques et des procédures liées au *Cadre réglementaire*.

Promotion de la mission universitaire auprès des membres du CA

Les membres du CA ont eu droit à trois présentations faites par le CIRRIIS et VITAM portant sur la contribution de la mission universitaire à la mission globale de l'établissement et sur le rayonnement des centres de recherche.

Cela leur a permis de mieux comprendre les enjeux qui y sont liés et les répercussions des travaux de recherche sur les usagers, l'organisation et la population.

**LA PANDÉMIE
AYANT OCCUPÉ UNE
PLACE IMPORTANTE
DANS L'AGENDA DES
ÉQUIPES, PLUSIEURS
GRANDS CHANTIERS
ONT QUAND MÊME
POURSUIVI LEUR
ÉVOLUTION.**

3.3 LES FAITS SAILLANTS DES DIRECTIONS

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

Réalisations

- Coordination des quatre GMF-U comptant 51 394 usagers inscrits avec un taux d'assiduité supérieur à 88,5 % et formation de 126 résidents en médecine familiale.
- Transfert des responsabilités des GMF-U vers la Direction des services professionnels (DSP).
- Gestion de 6 456 stages dans 52 disciplines totalisant 111 231 jours de stage, pour des revenus de 1 583 897 \$.
- Implication de 13 directions dans la structure de gouvernance de la mission universitaire.
- Mise en place du Bureau de gestion de la propriété intellectuelle.
- Réalisation de nombreuses activités, dont :
 - 2 rapports d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux publiés, portant sur les médias sociaux et les usagers manquants;
 - 1 pratique innovante prometteuse sur les cartes conceptuelles et 1 pratique de pointe sur les troubles de la personnalité;
 - 3 mandats nationaux sur le rétablissement, les services de proximité et le transfert de connaissances;
 - 37 activités de rayonnement offertes (4 394 participants);
 - 41 formations réseau offertes (554 participants);
 - 59 produits de valorisation;
 - 7 784 prêts de documents, 3 697 prêts entre bibliothèques et 152 721 recherches documentaires.

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, augmentation des cohortes étudiantes et capacité d'accueil).
- Mesure des retombées de la mission universitaire.

Priorités

- Implanter une plateforme de gestion des stages en ligne.
- Mettre en place les processus de reddition de compte requis par le contrat d'affiliation avec l'Université Laval.
- Favoriser le recrutement des stagiaires.
- Poursuivre les activités prévues au plan d'action des désignations universitaires.
- Assurer la coordination des ententes et des mandats ministériels reliés aux désignations universitaires.
- Maximiser le rayonnement, le transfert de connaissances et le suivi des retombées de la mission universitaire.

3.3.2

DIRECTION DE LA LOGISTIQUE (DL)

Réalisations

- Décentralisation de la gestion des effectifs de la DL et de la Direction des services techniques (DST) afin de mieux accompagner et soutenir les gestionnaires et les employés de ces directions dans l'actualisation des horaires et des remplacements.
- Développement de solutions inspirées des meilleures pratiques pour assurer la continuité des services en lien avec la chaîne logistique, notamment pour la distribution des équipements de protection et de prévention dans plus de 1500 installations.
- Soutien aux acquisitions et à la gestion contractuelle additionnelle découlant de la crise sanitaire.
- Développement d'une expertise en matière de transport de personnes atteintes de la COVID-19, diminuant ainsi la pression exercée sur le transport ambulancier.
- Conception d'un support logistique agile et personnalisé pour la clientèle par le préposé de l'unité permettant de répondre au concept des MDA MA.
- Implantation d'un nouveau système de traitement des demandes en temps réel, basé sur les meilleures pratiques en logistique.

Enjeu

- Recrutement et rétention de la main-d'œuvre pour assurer la chaîne logistique, particulièrement celle de la distribution des équipements de protection et de prévention.

Priorités

- Concevoir des outils visant la mise en place des pratiques de pointe découlant du plan directeur logistique organisationnel.
- Revoir le flux de réapprovisionnement afin de pérenniser et d'optimiser les stratégies de distribution développées durant la pandémie.
- Soutenir l'implantation de la buanderie régionale avec l'objectif d'une gestion simplifiée.

3.3.3

DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ)

Réalisations

- Dépôt d'une candidature et acceptation du projet « Le Refuge » par l'École d'Entrepreneurship de Beauce. Ce projet vise à créer un aménagement convivial et propice aux échanges avec les jeunes hébergés en centre de réadaptation en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ).
- Actualisation du programme LOTUS, conformément à la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents* en partenariat avec l'organisme Boscoville.
- Professionnalisation du secteur de la réception et traitement des signalements et des vérifications terrain.
- Déploiement d'un projet-pilote de médiation en protection de la jeunesse visant à travailler de façon consensuelle avec les usagers et à rehausser leur participation pour ainsi diminuer le recours à la judiciarisation.
- Signature d'une entente portant sur la dispensation de services en matière de recherche d'antécédents sociobiologiques et de localisation de personnes en vue de retrouvailles avec cinq autres établissements de la province.
- Déploiement de la trajectoire de priorisation de services en protection de la jeunesse.

Enjeux

- Rétention du personnel des équipes cliniques pour assurer le maintien des services aux usagers.
- Déploiement d'une offre de stage clinique permettant de combler les besoins de main-d'œuvre.
- Mise en place d'une structure de soutien clinique visant à favoriser le partage d'expertise et le développement des savoirs dans un contexte de roulement de personnel.



Priorités

- Application des nouvelles dispositions prévues à la LPJ à la suite de sa révision.
- Embauche et intégration d'étudiants de diverses disciplines au sein d'équipes cliniques afin de favoriser le recrutement de la main-d'œuvre.
- Actualisation et suivi des recommandations découlant de la Commission Laurent.
- Mise en place d'un projet de réorganisation du secteur Accueil Évaluation Orientation (AEO) en impliquant les intervenants et les partenaires syndicaux.

- Élaboration des critères d'analyse propres aux projets de la DPMOI.
- Intégration de la direction aux systèmes de gestion intégrée de portefeuille de projet et de gestion intégrée de l'amélioration continue et de la performance.

Enjeu

- Compréhension et acceptabilité de la part de la population envers le développement du projet des MDA MA.

3.3.4 DIRECTION DES PROJETS MAJEURS ORGANISATIONNELS ET IMMOBILIERS (DPMOI)

Réalisations

- Tournée auprès de toutes les directions du CIUSSS pour comprendre leurs besoins et leur présenter la vision des rôles et des liens de collaboration avec la nouvelle direction.
- Élaboration et mise en œuvre d'une gouvernance transversale à l'organisation précisant les rôles et les responsabilités lors de gestions de projet au sein de l'établissement.

Priorités

- Déployer les MDA MA, un modèle axé sur les choix et les préférences des résidents et de leurs proches.
- Actualiser le projet de réaménagement/ agrandissement de l'Hôpital de La Malbaie.
- Intégrer l'application *Partagec* au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale afin d'assurer une gestion efficace des opérations de la buanderie régionale.
- Optimiser la gestion des effectifs pour obtenir une adéquation entre le requis de la main-d'œuvre et sa disponibilité.

3.3.5

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

3.3.5.1

Amélioration continue de la qualité et de l'innovation

Réalisations

- Gestion des éclosons dans les RI, les familles d'accueil, les congrégations religieuses et les RPA.
- Mise à jour de la *Politique de gestion intégrée des risques* et début du processus de détermination et d'analyse des risques par les divers comités du CA.
- Début d'implantation du processus de suivi qualité 2.0, en RI-RTF et en RPA par la mise en place de caucus hebdomadaires avec l'ensemble des équipes de la DQEPE.

Enjeu

- Intégration des processus liés à la gestion des risques au quotidien dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

Priorités

- Poursuivre l'implantation du processus de suivi de la qualité en RI-RTF et RPA.
- Préparer l'organisation en vue de la visite d'Agrément Canada pour la séquence 3 à l'automne 2022.
- Soumettre au CA les risques organisationnels prioritaires dans le cadre de la gestion intégrée des risques.
- Élaborer une démarche pour déployer le plan d'amélioration continue de chaque direction.



Centre de vaccination de Clermont.

3.3.5.2 Amélioration continue de la performance

Réalisations

- Soutien pour les processus et les innovations touchant les centres de dépistage et de vaccination.
- Implication de 65 usagers partenaires et de 35 membres des comités des usagers et de résidents dans un projet d'amélioration.
- Actualisation de 16 démarches d'évaluation de l'expérience des usagers.
- Réponse à 63 demandes de soutien aux préoccupations d'éthique clinique.
- Accompagnement dans l'harmonisation du fonctionnement des 4 comités d'éthique de la recherche (CER).

Enjeux

- Pérennisation du système de gestion intégrée de l'amélioration continue de la performance (SGIACP) au sein de l'organisation en tenant compte du télétravail.
- Transposition des apprentissages faits durant la pandémie sur la réalisation d'ateliers de résolution de problèmes en mode virtuel.
- Connaissance du personnel en ce qui a trait au partenariat avec l'utilisateur.

Priorités

- Poursuivre le développement d'un programme de formation en amélioration continue.
- Accompagner les équipes associées aux grands projets organisationnels.
- Optimiser l'utilisation des résultats des évaluations de l'expérience des usagers par l'élaboration de plans d'action.
- Sensibiliser l'ensemble du personnel de l'établissement à l'éthique de la recherche.

3.3.5.3 Coordination de sécurité civile et des mesures d'urgence

Réalisations

- Reprise du projet « Coordonner les travaux du déploiement des mesures d'urgence et de continuité des activités dans l'ensemble de l'organisation afin d'assurer la sécurité et la continuité des activités critiques en situation d'urgence ou d'événement de sécurité civile ».
- Coordination régionale de la sécurité civile pour la gestion des enjeux reliés à la pandémie de la COVID-19.
- Mise en place de l'autogestion de la COVID-19 avec l'ensemble des partenaires composant le comité tactique de mesures d'urgence et de l'équipe de l'amélioration continue de la performance (ACP) de la DQEPE.
- Déploiement d'un plan de gestion des entraves à la circulation dans la région de la Capitale-Nationale lors de travaux routiers à l'été 2021.

Enjeux

- Accompagnement des gestionnaires répondants dans leur mandat d'application des mesures d'urgence et de la continuité des activités.
- Pérennisation de l'autogestion COVID-19 pour conserver les opérations dans les directions sans avoir à mobiliser la structure de sécurité civile.
- Positionnement quant à la structure de sécurité civile au sein des établissements de la mission santé et auprès des partenaires régionaux.

Priorités

- Finaliser les travaux de déploiement des mesures d'urgence et de la continuité des activités.
- Actualiser le plan d'action en sécurité civile.

3.3.6

DIRECTION DE LA RECHERCHE (DR)

Le CIUSSS a le privilège d'avoir quatre centres de recherche reconnus par les Fonds de recherche du Québec. L'expertise que renferme chacun des centres permet à l'établissement d'intégrer les connaissances développées à la pratique clinique afin de se démarquer par l'excellence de ses soins et services offerts à la population.

Cadre réglementaire de la recherche

Refonte du *Cadre réglementaire* qui vise à encadrer toutes les activités de recherche en assurant une rigueur exemplaire.

Lac de données

Développement d'un grand projet institutionnel de valorisation de la donnée et d'intégration d'approches de santé numérique aux activités clinico-administratives et de recherche.

Ma vie et la pandémie (maviepan.ca)

Lancement de 34 nouveaux projets afin de cerner les impacts de la pandémie sur les différentes clientèles.

3.3.6.1

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

Le CIRRIS compte 73 équipes de recherche regroupant plus de 285 membres.

Réalisations

- Organisation du colloque « De la parole aux actes : tous unis pour le développement du langage » et du 4^e colloque franco-latino-américain de recherche sur le handicap ayant permis la concertation d'experts dans ces domaines.
- Implantation d'un laboratoire de stimulation cérébrale non invasive pour le traitement des maux de dos.
- Implantation du « Camp Manœuvre de réadaptation intensive » visant à améliorer la motricité des jeunes vivant avec la paralysie cérébrale.

Enjeu

- Mise à niveau de l'infrastructure des technologies de l'information pour soutenir la croissance du centre et outiller les équipes afin de tirer parti des avancées dans le domaine de la science des données et de l'intelligence artificielle.

Priorités

- Développer et évaluer des approches novatrices de thérapie immersive en réadaptation.
- Mettre en place le réseau d'évaluation et de l'innovation en santé durable.

3.3.6.2

VITAM – Centre de recherche en santé durable

Le VITAM compte 106 équipes de recherche regroupant plus de 350 membres.

Réalisations

- Obtention d'un financement par le gouvernement du Québec pour l'organisation du Forum sur la santé durable visant le développement socio-économique régional dans la région de Montmagny-L'Islet.
- Présentation de sept rencontres virtuelles « Dialogues VITAM » visant le partage des connaissances scientifiques et du savoir expérientiel (140 participants).
- Emménagement de VITAM à l'intérieur de nouveaux locaux dans le cadre du projet de la zone d'innovation technologique de la Ville de Québec, « InnoVitam ».

Enjeu

- Ralentissement, en raison de la pandémie, des efforts destinés à créer des opportunités de collaboration et à renforcer le sentiment d'appartenance à VITAM.

Priorités

- Développer des partenariats avec les acteurs socio-économiques et communautaires afin de concevoir un projet de société basé sur la santé durable.
- Assurer le leadership pour l'animation d'écosystèmes apprenants au Québec.
- Développer un laboratoire d'innovation avec la participation citoyenne.

3.3.6.3 Centre de recherche CERVO

Le centre compte 91 équipes de recherche regroupant plus de 500 membres.

Réalisations

- Découverte des raisons de la difficulté de compréhension de la parole par les personnes âgées. Cette difficulté est due non seulement à la baisse de l'audition, mais également à la diminution de la capacité d'utiliser les signaux visuels du langage et de les intégrer aux signaux auditifs.
- Démonstration qui prouve que l'insomnie, l'anxiété et la dépression ont connu une hausse marquée en début de pandémie.
- Découverte de la raison pour laquelle la dépression majeure affecte différemment les femmes et les hommes. En effet, les études révèlent que les mécanismes neuronaux qui conduisent à la douleur inflammatoire chronique ne sont pas les mêmes entre les deux sexes. Cette découverte permet le développement des médications mieux adaptées pour les femmes aux prises avec ces syndromes.

Enjeux

- Renforcement du maillage entre les activités cliniques et celles de la recherche.
- Rehaussement de l'infrastructure des technologies de l'information.

Priorités

- Développer un créneau d'interface entre l'art et la science comme médium thérapeutique et outil de déstigmatisation.
- Revoir la gouvernance du centre de recherche.
- Lancer la clinique d'imagerie cérébrale en santé mentale.

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

Le centre regroupe plus de 300 membres issus de différentes universités au Québec.

Réalisations

- Organisation du Mois scientifique du CRUJeF sous le thème « Maltraitance et enjeux de protection » regroupant 22 experts et 569 participants de 14 pays de la francophonie.
- Développement et validation d'un programme québécois de soutien à la parentalité et au développement des enfants permettant d'intervenir de manière différenciée auprès de familles vulnérables.
- Évaluation du programme Ma famille, ma communauté, afin d'apprécier son efficacité auprès des enfants et des familles qui sont à risque ou exposés à la négligence.

Enjeu

- Implication accrue des répondants à la recherche et d'intervenants pivots pour le recrutement de participants à la recherche.

Priorités

- Allier davantage la recherche et la pratique clinique et accroître les collaborations entre directions.
- Promouvoir les activités qui favorisent le rayonnement du centre de recherche.

3.3.7

DIRECTION DE LA VACCINATION (DV)

Réalisations

- Administration de 1 591 751 doses de vaccin contre la COVID-19 avec l'apport de 2 705 employés, dont 85 % venant du programme gouvernemental « Je contribue! ».
- Mise en place d'une offre de service de vaccination variée par ses modes d'intervention, tels que :
 - Les équipes mobiles visitant les usagers dans les CHSLD et les RPA;
 - Les visites à domicile des usagers rencontrant des difficultés de mobilité;
 - Les cliniques dans les lieux de rassemblements extérieurs avec le « Vaccin-O-Bus »;
 - Les centres de vaccination de masse;
 - Les visites dans les milieux de travail pour joindre les travailleurs étrangers;
 - Les cliniques de proximité à différents endroits, dont plusieurs dans Portneuf et Charlevoix.
- Réalisation de plus de 400 000 tests de dépistage avec l'apport de 656 employés venant majoritairement du programme gouvernemental « Je contribue! ».
- Mise en place d'une procédure permettant aux employés des CHSLD et des RPA de passer un test de dépistage à même le milieu de travail.
- Mise en place d'une procédure, en collaboration avec le service de prévention et gestion des risques (PGR), pour le retour précoce au travail des employés afin d'éviter les bris de services.

Enjeux

- Mise en place rapide d'une offre de vaccination de masse contre la COVID-19.
- Priorisation de la vaccination et du dépistage des aînés vivant en CHSLD et en RPA.
- Ajustement de l'offre de vaccination et de dépistage dans un contexte d'apparition de nouveaux variants.
- Maintien de la mobilisation des employés pour une reprise intense à l'automne 2022.

Priorités

- Préparer un plan de vaccination et de dépistage de masse pour l'automne 2022 en prévention d'une 7^e vague de COVID-19.
- Intégrer les services de vaccination et de dépistage à l'intérieur des services réguliers du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

3.3.8

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (DSPu)

Réalisations

- Élaboration des fiches réflexes afin de favoriser l'autogestion des cas et des contacts COVID-19 dans différents milieux.
- Création et déploiement d'une escouade de santé publique composée d'étudiants et ayant pour objectifs de rejoindre les personnes marginalisées, de les sensibiliser aux mesures préventives face à la COVID-19 et de les soutenir dans l'adoucissement des effets.
- Mise en place de cellules préventives pour accompagner les milieux scolaires, communautaires, municipaux et de travail, dans l'application des mesures sanitaires et l'adaptation de leurs services.
- Opérationnalisation de la démarche des substances psychoactives (SPA) avec les organismes communautaires et accueil de nouvelles ressources en santé mentale positive dédiées aux milieux scolaires pour les 5 à 25 ans.



Le Vaccin-O-Bus du CIUSSS de la Capitale-Nationale à la Place D'Youville.

- Contribution du service surveillance/vigie à la mise en valeur de la donnée de santé pour soutenir l'intervention et la prise de décision par le déploiement d'outils technologiques (tableaux de bord, cartographies, etc.) et la diffusion de productions (bilans, portraits, bulletins, etc.).
- Expérimentation d'un projet favorisant le rétablissement communautaire auprès de la population de Charlevoix : « Le Living Lab » de Charlevoix.

Enjeux

- Adaptation de l'offre de service pour accompagner adéquatement la population et les partenaires dans le rétablissement et le retour à la « nouvelle normalité ».
- Équilibre dans l'intensité à mettre entre les services dédiés à la COVID-19 et les autres services de santé publique dans le contexte d'une situation épidémiologique en constante évolution.
- Poursuite des actions en soutien aux populations vulnérables en ce qui concerne les inégalités sociales de santé, dans le contexte où elles ont été exacerbées au cours des deux dernières années.

Priorités

- Actualiser les projets mis en place par la DSPu, tels que les changements climatiques, la lutte aux inégalités sociales de santé, les mesures d'urgence, la santé mentale positive, les substances psychoactives, le vieillissement en santé, le développement optimal des tout-petits, la gestion et la communication bienveillantes.
- Accompagner les milieux de travail dans la détermination et la prise en charge des risques à la santé pour les travailleurs, suivant la sanction de la *Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail*.



Ouverture d'une unité de réadaptation comportementale intensive (URCI) pour accueillir 15 usagers.

3.3.9

DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES, INSTITUTIONNELLES ET CORPORATIVES (DAJIC)

Réalisations

Affaires juridiques et corporatives

- Modification et adaptation des processus et trajectoires judiciaires afin d'assurer leur maintien dans un contexte d'une importante augmentation du nombre de procédures et d'urgences sanitaires.
- Mise en place, avec la collaboration des tribunaux et des directions concernées, des audiences virtuelles dans un contexte de pandémie.
- Réorganisation des méthodes de travail afin de maintenir une offre de service complète auprès de la clientèle et des tribunaux dans un contexte d'urgence sanitaire et de télétravail.
- Mise en œuvre de la première phase d'une réorganisation importante du travail en droit de la santé, ce qui a permis de répondre à l'ensemble des obligations, au bénéfice des usagers et de l'établissement, malgré une augmentation de près de 200 % du volume de travail lié aux procédures juridiques devant être portées devant les tribunaux.
- Mise en œuvre de la phase 1 des travaux portant sur le renouvellement de la vision de la direction pour tenir compte du développement et de l'évolution de la direction depuis sa création, et mieux servir les intérêts de l'établissement.

- Modification apportée à l'organigramme de la direction au sujet de la création de la Division des affaires corporatives pour y transférer les activités de cette nature, auparavant sous la Division des affaires institutionnelles.

Affaires institutionnelles

- Participation aux rencontres hebdomadaires, pendant toute l'année, avec les partenaires des MRC et les élus, afin de les impliquer dans le mandat d'information à la population de la DAJIC en contexte de pandémie, et d'effectuer les liens avec les autres directions de l'établissement pour les soutenir dans le traitement de différents besoins formulés par la population.
- Participation aux rencontres avec les membres du CA tout au long de l'année, dans le contexte pandémique, afin de les tenir informés des mesures mises en place en lien avec l'urgence sanitaire.

Enjeux

- Nombre important de dossiers litigieux à assumer en droit de la santé et en droit de la jeunesse, dans un contexte d'accumulation de retards des auditions de procès devant les tribunaux.
- Recrutement du personnel de soutien juridique, en raison d'une pénurie de main-d'œuvre dans ce domaine et des conditions de travail très compétitives offertes dans le secteur privé.
- Révision des priorités sur le plan des affaires institutionnelles en lien avec l'évolution de la pandémie.

Priorités

- Réaliser la phase 2 des travaux devant mener à l'actualisation de la vision de la DAJIC en tenant compte du développement et de l'évolution de la direction depuis sa création, et de l'évolution des besoins des directions de l'établissement. Le but ultime de ces travaux est de mieux servir les intérêts des usagers et de l'établissement en matière d'actions tant de vigie et de prévention que d'interventions dans les dossiers litigieux.
- Réaliser la phase 2 du projet de réorganisation du travail en cours dans le secteur du droit de la santé 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 au bénéfice des usagers et de l'établissement.
- Effectuer les arrimages requis entre la DAJIC et les autres directions pour mieux les soutenir dans leurs actions.
- Poursuivre la réorganisation du travail entamée 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 de la DJ et de la DPJ.
- Contribuer à la réalisation d'actions prioritaires du *Plan d'action DJ-DPJ*, dont celles de diminuer la judiciarisation des dossiers et d'assurer une meilleure efficacité de l'utilisation des ressources, en réduisant le temps de présence devant les tribunaux.
- Implantation d'une nouvelle offre de service en soutien à domicile (SAD), en ce qui concerne, entre autres, la nutrition, la sexologie, la physiothérapie et l'orthophonie.
- Mise sur pied à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) d'un programme de stage d'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes (IPSSA), de concert avec l'Université Laval.
- Intensification des travaux visant la stabilisation de la main-d'œuvre, dans les milieux soutenus par la direction en mode 24/7.
- Inauguration d'une nouvelle construction qui accueille 15 usagers en unité de réadaptation comportementale intensive (URCI) et qui représente un milieu innovant où il est possible de suivre une réadaptation comportementale intensive.
- Déploiement du programme « Agir tôt », en étroite collaboration avec la DJ.
- Création de milieux d'apprentissage permettant d'accompagner les usagers de la DDITSADP vers un travail compétitif.

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

Réalisations

- Implication remarquable du personnel de la direction à la gestion de la pandémie.
- Participation active au déploiement du projet des MDA MA, en collaboration avec la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) en vue de l'ouverture de deux MDA MA à l'automne 2022.
- Recrutement, attraction et rétention de la main-d'œuvre pour intervenir avec bienveillance auprès des usagers, et ce, dans l'ensemble des services de la DDITSADP, notamment ceux accessibles 24/7.
- Accès à des milieux de réadaptation et des milieux de vie adaptés et sécuritaires pour l'ensemble des clientèles (jeunes, adultes et aînés) présentant des besoins particuliers.
- Rehaussement et consolidation des équipes médicales de l'IRDPQ afin d'accroître l'accessibilité aux services en URFI.

Enjeux

Priorités

- Rendre chaque RAC et URCI sécuritaire et adaptée pour l'ensemble des besoins des usagers en plus d'être attractive et recherchée par les intervenants et gestionnaires.
- Transformer les activités socioprofessionnelles en diversifiant et en augmentant l'accès aux services pour les personnes vivant avec une DI, un TSA ou une DP.
- Accroître l'accès aux URFI de l'IRDPQ sans délai et améliorer la fluidité pour le retour dans la communauté.

3.3.11

DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES (DSMD)

Réalisations

- Diminution du délai d'accès à un premier service en traitement de 1^{re} ligne et réduction des listes d'attente, malgré la hausse des demandes.
- Rédaction et diffusion d'un cadre de référence en matière d'interventions auprès de personnes présentant un trouble concomitant de santé mentale et de dépendance.
- Déploiement de la trajectoire de services en troubles mentaux fréquents dans le cadre du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM).
- Poursuite des travaux de révision de la vocation des unités de courte durée et de réadaptation de longue durée (approche clinique, composition des équipes et modalités d'interventions).
- Déploiement d'une équipe de liaison intersectorielle en santé mentale pour assurer la pertinence du recours aux urgences et le soutien aux grands utilisateurs de services.
- Ouverture d'une clinique de continuité en santé mentale arrimée au Guichet d'accès continuité pertinence (GACP) pour les usagers avec un profil de santé mentale et sans médecin de famille. Ce projet novateur optimise le rôle des professionnels et la collaboration interprofessionnelle.
- Programmation du 20^e anniversaire de Vincent et moi (art-thérapie), sous la présidence d'honneur de M. Louis Garneau.

Enjeux

- Pénurie et stabilité de la main-d'œuvre entraînant plusieurs effets sur :
 - La capacité de maintenir l'ensemble des activités;
 - Les conditions de travail parfois peu favorables aux intervenants;
 - Les délais d'accès à certains soins et services.
- Atteinte des cibles tout en donnant, à la population, accès aux soins et services de façon continue, selon ses besoins et les priorités.

Priorités

- Améliorer l'accès, la fluidité et la continuité dans l'ensemble des trajectoires et des continuums de services.
- Consolider les trajectoires de services dans une démarche de hiérarchisation pour les clientèles santé mentale adultes et jeunes au sein du Réseau universitaire intégré de Santé et de Services sociaux de l'Université Laval (RUISSS UL).
- Amorcer la démarche des mandats nationaux (troubles de la personnalité, hospitalisation à domicile et autres).
- Développer une offre de soins et de services adaptés aux personnes âgées.
- Consolider le continuum de services pour les personnes en situation d'itinérance.
- Consolider les services du programme Dépendances, incluant l'ouverture d'une unité de désintoxication modérée.

3.3.12

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES (DRF)

Réalisations

- Application de l'abolition de la contribution financière parentale.
- Participation à la mise à jour et au déploiement de la *Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (PO-40).
- Implantation d'un processus de gestion des cartes de crédit et d'une solution de gestion des dépenses courantes.
- Application des modalités de rémunération des conventions collectives 2021-2023 et des mesures de rétention et d'attraction pour le personnel en soins infirmiers.
- Validation des réclamations de dépenses COVID-19 des RPA et des CHSLD privés non conventionnés (hors établissement).
- Participation à la mise en place de la pratique du télétravail dans l'organisation.

- Paiement des mesures de rémunération et réalisation de nombreuses redditions de comptes afin de réclamer au MSSS les sommes dues, au regard des mesures liées à la COVID-19.
- Déploiement des fournisseurs pour les échanges de données informatisés (EDI) et la facture numérique.
- Compréhension des impacts découlant de la pérennisation et de l'application des conventions collectives.

Priorités

Enjeux

- Recrutement de personnel qualifié.
- Définition et documentation des rôles et responsabilités en mode exploitation de données dans le cadre du déploiement du système de coût par parcours de soins et services (CPSS) du MSSS.
- Mise en place de la charte comptable du Québec tout en l'harmonisant au manuel de gestion financière.
- Maintien du sentiment d'appartenance dans un contexte de télétravail.
- Relancer le processus de gestion de la performance financière (GPF) afin d'utiliser les sommes confiées par le MSSS de façon optimale pour les services à la population de la Capitale-Nationale.
- Développer une culture de gestion financière afin d'obtenir une meilleure qualité des données et ainsi, mieux utiliser les fonds publics.
- Favoriser l'implantation optimale du nouveau système d'information — Finances, Approvisionnements, ressources humaines et paie (SIFARH).



Vue de l'exposition annuelle Vincent et moi, 20 ans d'art en tête. Photo : FHL.



3.3.13

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS (DRHC)

Réalisations

- Approbation de la *Politique relative au télétravail* et mise en place d'outils de soutien aux gestionnaires et aux employés pour favoriser le télétravail.
- Déploiement de vigies préventives afin d'assurer une application rigoureuse des mesures de PCI dans le cadre de la pandémie.
- Participation comme établissement-vitrine au développement et à l'implantation du logiciel SIURH-SST.
- Embauche de plus de 6 000 nouveaux employés réguliers et temporaires pour réaliser les activités liées à la COVID-19, notamment la vaccination, le dépistage et les enquêtes épidémiologiques.
- Déploiement de communications internes et externes pertinentes et novatrices en soutien aux opérations de vaccination contre la COVID-19.
- Décentralisation des activités de gestion des horaires dans six nouvelles directions, pour rassembler les décisions des équipes et des services à la population.

Enjeux

- Écart significatif entre les besoins de main-d'œuvre dans toutes les directions et sa disponibilité sur le marché du travail.
- Santé psychologique des employés et des gestionnaires affectée par la pénurie de main-d'œuvre, la charge de travail et la pression liées à la pandémie.

Priorités

- Effectuer un diagnostic RH en lien avec l'expérience candidat et l'expérience employé en vue de définir une stratégie de marque employeur.
- Mettre en commun l'expertise des ressources de la DRHC en soutien à l'innovation et à la transformation dans le but d'offrir des soins et des services plus simples, rapides et intuitifs au bénéfice de l'ensemble du personnel et des usagers.

- Mettre en œuvre les dix activités critiques de gestion des effectifs établies par l'établissement pour donner aux membres du personnel des conditions de travail satisfaisantes et maximiser leur disponibilité à prodiguer des soins et des services.
- Implanter des stratégies en santé organisationnelle pour créer des milieux de travail privilégiant la santé et l'épanouissement des personnes et les maintenir.
- Consolider le télétravail dans toutes les directions et en faire un avantage concurrentiel pour attirer de nouvelles ressources qui désirent cette modalité de conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle.

3.3.14

DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSM)

Réalisations

- Formation du personnel pour consolider les activités d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence des CLSC vers le 811 et offrir une meilleure accessibilité aux services.
- Gestion des sites non traditionnels (SNT) Saint-Augustin et Grande Allée comme lieux de transition des clientèles vulnérables pour soutenir les milieux d'hébergement et hospitaliers en contexte de pandémie.
- Élaboration d'une trajectoire pour les familles issues des communautés multiculturelles ayant des besoins d'intervention plus intensifs permettant une meilleure adaptation et intégration dans la société québécoise.
- Coordination des travaux relatifs à la crise et mise en place de services spécifiques pour la clientèle jeunesse et les grands utilisateurs de services.
- Déploiement des formations de base sur les principes de soins et de services par étapes selon le PQPTM.
- Dépôt des travaux du cadre de référence ministériel pour améliorer l'accès aux services de proximité, leur qualité et leur continuité.
- Contribution aux travaux de rédaction de contenus de formations provinciales pour les intervenants du réseau en regard du projet de loi sur la modification du dispositif de protection des personnes (PL-18).
- Déploiement du projet Cristal-Net et du Dossier patient électronique.

Enjeux

- Développement de l'expertise de l'établissement en matière de collaboration interprofessionnelle, en partenariat avec l'Université Laval et en soutien aux travaux du RUISSS UL.
- Déploiement de la gestion intégrée documentaire dans l'organisation.
- Consolidation du système de transcription.
- Coordination des travaux de détermination des priorités d'actions à mettre de l'avant à la suite des recommandations de la Commission Laurent.

Priorités

- Coordonner les activités du Centre de services intégrés pour les personnes victimes de violence sexuelle et de violence conjugale.
- Mettre en place le projet de demandeurs d'asile.
- Développer les services aux proches aidants avec la collaboration de divers organismes, dont l'APPUI.
- Déployer les soins spirituels en hébergement dans Portneuf et Charlevoix en collaboration avec le Centre SpiritualitéSanté de la Capitale-Nationale dans un objectif d'harmonisation des services.

3.3.15 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP)

Réalisations

- Intégration de 200 professionnels des GMF et de leurs gestionnaires au sein de la DSP pour favoriser la collaboration interprofessionnelle et la cogestion avec les médecins de famille.
- Planification du déploiement du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) par l'embauche des ressources et la mobilisation des GMF, en cogestion avec le DRMG.
- Implantation de l'orchestrateur de rendez-vous (Hub) dans 41 cliniques sur une possibilité de 49.
- Déploiement du conseil numérique qui offre des services-conseils, dans 42 spécialités, aux médecins de famille et aux infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSP). Près de 1000 demandes traitées.

- Création d'un tableau de bord régional pour le suivi du continuum de soins en oncologie.
- Lancement d'une politique sur la télésanté.
- Réalisations liées à la COVID-19 :
 - Soutien à la reprise des activités dans les GMF;
 - Couvertures médicale et pharmaceutique dans les SNT;
 - Recrutement médical pour les activités en lien avec la vaccination, etc.
- Développement d'un plan d'action afin de soutenir la santé psychologique des membres du CMDP.
- Leadership de l'équipe médicale de Charlevoix dans le projet d'imagerie par résonance magnétique (IRM).
- Collaboration des médecins de Portneuf pour l'élaboration des trajectoires médicales en hémodialyse, en radiologie et en gériatrie.
- Optimisation du rôle du pharmacien, en collaboration avec les autres professionnels pour la prise en charge des maladies physiques à l'IUSMQ.

Enjeux

- Recrutement et rétention de la main-d'œuvre, notamment dans le contexte de l'augmentation récente de la capacité requise pour le GAP.
- Accès aux services de proximité pour les 160 000 patients sans médecin de famille dans la Capitale-Nationale.

Priorités

- Améliorer l'accès aux services interprofessionnels de proximité par le déploiement du GAP, afin d'offrir, en collaboration les GMF un service pertinent.
- Intégrer les équipes professionnelles et les gestionnaires des GMF-U au sein de la DSP et consolider l'équipe des 315 professionnels travaillant dans les GMF, GMF-(Accès-Réseau) et GMF-U de Québec-Métro.
- Collaborer à la réorganisation du continuum de services gériatriques externes et au développement de l'offre de service du soutien intensif à domicile (SIAD).



3.3.16

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES (DST)

Réalisations

- Ouverture et fermeture des sites de vaccination et de dépistage.
- Formation en hygiène et salubrité auprès des firmes externes présentes dans les sites non traditionnels.
- Tenue d'exercices de simulation des codes rouge et vert dans les CHSLD.
- L'étape d'avant-projet a été initiée et est en voie d'être complétée pour le projet majeur d'économie d'énergie garantie autofinancé.
- Étude de faisabilité pour le raccordement de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul au réseau de chauffage urbain de la municipalité alimenté à la biomasse.
- Mise en place du comité de développement durable.
- Démarrage du projet d'amélioration des pratiques de gestion des matières organiques financé par RECYC-QUÉBEC.
- Réponse à plus de 305 demandes de projets cliniques nécessitant des locaux.
- Réalisation d'investissements de 38 M\$ prévus dans le *Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières* (PCFI) ainsi que 7,8 M\$ au *Plan de conservation en équipement et mobilier* (PCEM).

Enjeux

- Reprise des activités régulières nécessitant le soutien de la DST.
- Pénurie de main-d'œuvre entraînant des bris de service.
- Conditions salariales désavantageuses pour les métiers spécialisés de la construction et du génie.
- Mobilisation importante des ressources pour les projets majeurs organisationnels.

Priorités

- Soutenir les actions prises par l'organisation en lien avec le PlanSanté.
- Actualiser la réorganisation de la DST.
- Poursuivre la gestion des affectations et du rehaussement, et procéder à la surdotation.
- Démarrer des projets majeurs tels que les rénovations de l'Armée du Salut, de l'Escale et du CHSLD Yvonne-Sylvain.
- Soutenir les projets majeurs organisationnels.
- Mettre en place un comité de priorisation sur les travaux en rénovations fonctionnelles.
- Effectuer l'inspection quinquennale des façades des bâtiments de grande hauteur.

3.3.17

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

Réalisations

- Mise en œuvre du programme d'intégration des infirmières et infirmiers diplômés hors Canada et déploiement de la pratique de pointe visant à soutenir les infirmières et infirmiers auxiliaires nouvellement diplômées.
- Transfert progressif, entre le 8 janvier et le 1^{er} avril 2022, des activités de soins infirmiers offerts à l'Établissement de détention de Québec (EDQ).
- Implantation de l'unité satellite d'hémodialyse pour le territoire de Portneuf en partenariat avec le CHU de Québec-Université Laval.
- Début des travaux d'agrandissement de l'imagerie médicale de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul qui permettra d'accueillir le tomodensitomètre (TDM) en février 2023.
- Mise en place d'un plan d'action de consolidation des compétences en soins palliatifs pour le personnel œuvrant en soins de courte durée dans les deux hôpitaux de Charlevoix.
- Mise en place dans les urgences de Charlevoix, des principes d'autogestion des horaires par le personnel mobilisé et engagé, et ce, de manière paritaire.
- Transformation de la clinique désignée d'évaluation (CDE) du Jeffery Hale en clinique désignée en pédiatrie afin de répondre aux besoins des enfants ayant des symptômes associés à la COVID-19.

Enjeux

- Pénurie de personnel, principalement au niveau du personnel infirmier et des technologues en imagerie médicale et en électrophysiologie.
- Intégration et soutien des nouveaux diplômés, dont ceux hors Canada, afin de favoriser la rétention du personnel et ainsi pallier la pénurie de personnel infirmier.
- Augmentation des demandes pour les services de santé courants à la suite des transferts d'activités des centres hospitaliers.
- Atteinte de l'objectif de deux heures ou moins d'attente avant une prise en charge dans un contexte de petite urgence.

Priorités

- Soutenir le déploiement des projets structurants, comme le GACP et les projets Archimède et Oscar.
- Adapter l'offre en 1^{re} ligne afin de répondre aux besoins grandissants des usagers avec ou sans médecin de famille par la mise en place d'une offre de service destinée aux usagers atteints de maladies chroniques et pour répondre aux besoins liés à la COVID-19.
- Poursuivre les travaux en lien avec le plan clinique de Portneuf par l'implantation de l'unité d'oncologie et l'actualisation de l'offre de service en médecine de jour ainsi que pour le plan clinique de l'Hôpital de La Malbaie.
- Mettre en place le projet de technologie autonome en échographie pouvant pallier la découverte en radiologie dans Charlevoix et dans Portneuf.
- Implanter le modèle de clinique d'urgence mineure à l'Hôpital Jeffery Hale.

3.3.18

DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE (DJ)

Réalisations

- Soutien de plusieurs équipes de 1^{re} ligne durant la pandémie pour assurer les activités prioritaires dans les centres de réadaptation, les foyers de groupe et lors de la campagne de vaccination COVID-19.
- Amélioration (58 %) de l'accès des usagers à un pédopsychiatre.
- Expérimentation du continuum du langage dans le cadre du programme « Agir tôt » avec la DDITSADP.
- Développement du service « Aire ouverte » pour la santé globale des jeunes de 12 à 25 ans.
- Mise en place d'une équipe dédiée au programme « Triple P » (Pratiques Parentales Positives). Plus de 1000 familles ont participé au programme offert en groupe et en individuel et des représentants de 17 organismes partenaires ont reçu les formations pour contribuer à l'offre de service du programme.
- Application du programme « Mots d'enfants » qui vise la stimulation du langage des enfants de 18 mois à 5 ans et qui combine au support numérique des interventions de groupe et individuelles.

Enjeux

- Accessibilité aux services de santé mentale de proximité afin de répondre aux besoins des jeunes dans un contexte où les demandes de consultation sont en forte augmentation.
- Attraction et rétention du personnel dans l'ensemble des services jeunesse.
- Organisation des services jeunesse à bonifier en 1^e et 2^e ligne pour agir sur la gestion des listes d'attente.

Priorités

- Assurer le déploiement du Programme québécois de psychothérapie pour les troubles mentaux afin d'offrir des soins par étapes en santé mentale jeunesse.
- Offrir des rendez-vous de vaccination bonifiés avec l'utilisation de l'outil « ABCdaire 18 mois+ » pour évaluer le développement et la santé des enfants.
- Finaliser le déploiement d'« Agir tôt » pour les enfants présentant un retard de développement avec la DDITSADP et le CHU de Québec-Université Laval.

3.3.19 DIRECTION DU PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES — VOLET SOUTIEN À DOMICILE, SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS ET SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE (DSAPA-SAD, SGS, SPFV)

Réalisations

- Révision et diffusion du *Cadre de référence pour l'attribution d'aide en SAD*.
- Révision du *Cadre de référence de l'allocation financière pour un usager en RPA*.
- Amélioration de l'accès aux services psychosociaux au SAD.
- Implantation et harmonisation de la modalité du chèque emploi-service (CES) sur le territoire de la Capitale-Nationale.

- Ouverture de la RI « Le Samoa » dans l'arrondissement des Rivières.
- Implantation du Programme de prévention du déconditionnement des aînés sur le continuum de soins et services.
- Maintien de la fluidité des niveaux de soins alternatifs (NSA), et ce, même en période de COVID-19.
- Mise en place d'actions structurantes pour améliorer la communication et les trajectoires avec nos partenaires hospitaliers.
- Intégration d'une IPSPL aux soins palliatifs de l'Hôpital Jeffery Hale.
- Implantation de la télésanté en soins palliatifs dans la MRC de Portneuf.
- Consolidation de la Phase 2 du centre de jour en soins palliatifs au Centre multiservices de santé et de services sociaux de Sainte-Anne-de-Beaupré.
- Actualisation de la *Politique relative au télétravail*.

Enjeux

- Pénurie de main-d'œuvre dans l'ensemble des titres d'emploi.
- Recrutement et rétention de personnel.
- Contexte pandémique.
- Augmentation des demandes de soins infirmiers en santé physique et impacts sur la capacité d'assurer les suivis à long terme pour la clientèle gériatrique.
- Manque de lits dans la communauté pour assurer la fluidité hospitalière.
- Mise en place d'une offre de service 24/7 au soutien à domicile (SAD).

Priorités

- Transformer les services gériatriques spécialisés (SGS) externes.
- Harmoniser les critères d'accès aux lits communautaires en gériatrie.
- Finaliser les appels d'offres afin d'avoir 48 places dans la communauté.
- Réserver 2 corridors aux services sur le continuum de soins afin de répondre aux besoins à court et à long terme des usagers en perte d'autonomie.
- Déployer le pôle gériatrique du GACP en première ligne pour la Capitale-Nationale.



3.3.20

DIRECTION DU PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES — VOLET HÉBERGEMENT (DSAPA-HEB)

Réalisations

- Soutien dans les travaux de réalisation de quatre MDA MA.
- Consolidation des équipes de gestion des effectifs dans chacun des CHSLD.
- Mise en place des salles de communication pour assurer le partage des informations importantes entre les 3 quarts de travail sur les unités de vie à des fins d'amélioration continue.
- Autogestion des éclosions en CHSLD.
- Vaccination contre la COVID-19 pour plus de 3900 résidents répartis dans 30 CHSLD.

Enjeux

- Pénurie de la main-d'œuvre, notamment sur les quarts de soir et de nuit.
- Admission de cas complexes (troubles graves du comportement et des troubles neurocognitifs majeurs) dans des unités spécifiques.

Priorités

- Réaliser l'ouverture de quatre MDA MA sur le territoire de la Capitale-Nationale, lesquelles entreront en opération graduellement à partir de l'automne 2022.
- Actualiser les plans d'action en hébergement à la suite du rapport du Bureau du coroner sur les décès de personnes âgées ou vulnérables survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la 1^{re} vague de la pandémie de COVID-19.

4

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

OBJECTIF

OFFRIR UN ACCÈS PLUS RAPIDE AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022
Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille	82,5	78,4	84
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	536 543	518 378	560 687

Description des résultats

Avec un résultat de 78,4 %, l'engagement de 84 % comme visé n'est pas atteint en ce qui a trait au pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille. Cet indicateur voit sa performance diminuer comparativement à l'année dernière (82,5 %). Le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF connaît, quant à lui, une diminution d'environ 3,39 % par rapport à l'année précédente, en passant de 536 543 en 2021 à 518 378 personnes en 2022.

Contexte et facteurs expliquant les résultats

La diminution de ces deux indicateurs est attribuable à plusieurs facteurs. À l'image de l'année précédente, la pandémie de COVID-19 a obligé une révision des priorités d'intervention, menant au délestage du personnel infirmier des GMF pour d'autres activités cliniques. En outre, les absences des médecins et du personnel atteints de la COVID-19 ont eu un effet direct sur le nombre de prises en charge de nouveaux patients. À cela se sont ajoutées les répercussions de la démographie médicale sur le territoire de la Capitale-Nationale. En effet, l'établissement a enregistré de nombreux départs de médecins à la retraite, qui ont dû rediriger leurs patients vers le Guichet d'accès à un médecin de famille. Finalement, les plans régionaux d'effectifs médicaux, 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.

Mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration

Le Guichet d'accès à la première ligne 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 et de répondre à leurs besoins ponctuels dans l'attente de leur inscription à un médecin de famille. De plus, le Département régional de médecine générale (DRMG) porte une attention particulière aux besoins de prise en charge dans les sous-territoires, souhaitant équilibrer la répartition des plans régionaux d'effectifs médicaux selon les besoins des établissements et ceux de prise en charge.

OBJECTIF DIMINUER LE TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022
Délai moyen (en minutes) de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	88	119	120
Durée moyenne (en heures) de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	8,39	8,0	9,30

Description des résultats

À l'urgence, le délai moyen de prise en charge médicale de la clientèle ambulatoire est de 119 minutes pour l'année 2021-2022. Cette performance a considérablement diminué par rapport à l'année précédente puisqu'elle était de 88 minutes. Toutefois, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a atteint l'engagement 2021-2022, établi à 120 minutes.

Le résultat observé pour la durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence est de 8 heures, soit une amélioration de 4,65 % par rapport à l'année dernière où cette durée était de 8 heures et 39 minutes. L'engagement de 9 heures et 30 minutes est atteint, malgré le contexte difficile du transfert des patients en centre hospitalier et la fermeture de lits dans les centres hospitaliers de Charlevoix.

Contexte et facteurs expliquant les résultats

L'augmentation du délai moyen de prise en charge médicale pour la clientèle ambulatoire est attribuable à celle du nombre de visites qui correspond à 28 000 de plus par rapport à l'année dernière. Elle est également due au fait que les urgences du CIUSSS de la Capitale-Nationale ne disposent que d'un médecin par quart de travail pour couvrir à la fois l'aire ambulatoire et l'aire civière.

OBJECTIF AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	1 344	1 001	1 106

Description des résultats

Le nombre de personnes en attente d'un service de santé mentale a significativement diminué en 2021-2022, avec un résultat de 1001, soit une baisse de 25,52 % comparativement à l'année précédente où ce nombre était de 1344.

Contexte et facteurs expliquant les résultats

En jeunesse, la révision du fonctionnement de la clinique externe en pédopsychiatrie est la raison principale de cette amélioration. En effet, le nombre de jeunes en attente d'un premier rendez-vous avec un médecin pour des services spécialisés (services de 2^e et 3^e ligne) en santé mentale a chuté de 58 % alors que le nombre de jeunes en attente pour un premier service spécifique en santé mentale (services de 1^e ligne) a significativement augmenté. Cette augmentation est attribuable, en outre, à la pandémie de COVID-19 ainsi qu'aux mesures de confinement associées. De plus, des enjeux de main-d'œuvre ont contribué à la diminution de l'accessibilité aux services.

En santé mentale adulte, la consolidation du processus de traitement des demandes et la stabilisation de l'équipe clinique ont permis de réduire de plus de 40 % le nombre de personnes en attente pour des services spécifiques. Pour l'accès aux services spécialisés, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a atteint ses cibles en maximisant la contribution des professionnels, en déployant des processus clinico-administratifs robustes et en poursuivant le déploiement de notre soutien aux services de proximité.

Mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration

La consolidation du fonctionnement de la clinique externe en pédopsychiatrie s'actualise afin de poursuivre l'amélioration de l'accès à un médecin spécialiste. En ce qui concerne les services de santé mentale de proximité, la poursuite de l'implantation du programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), la bonification des offres de groupe ainsi que la stabilisation et la consolidation des équipes de travail permettront d'améliorer l'accès aux services dans la mesure où les effets du confinement chez les jeunes s'estomperont.

OBJECTIF AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉPENDANCE

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022
Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	6 576	6 894	7 116

Description des résultats

Au cours de l'année 2021-2022, 6 894 personnes ont reçu des services en dépendance, soit une augmentation de 4,84 % par rapport à l'année précédente (6 576). L'engagement, établi à 7 116 personnes pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale, n'est pas atteint, mais l'écart est considéré comme faible.

Une légère augmentation des usagers ayant reçu des services en CLSC est observée. Toutefois, le nombre d'usagers différents ayant reçu des services spécialisés en centre de réadaptation demeure inférieur aux résultats pré-pandémiques.

Contexte et facteurs expliquant les résultats

Tout comme l'année précédente, les mesures de confinement liées à la pandémie de COVID-19 ont eu un impact sur certaines habitudes de consommation, notamment l'absence de certains services liés au jeu. De plus, l'offre de service du programme toxico-justice a été à nouveau suspendue de façon périodique, en raison de la non-accessibilité du milieu carcéral.

Mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration

Dans la prochaine année, le CIUSSS de la Capitale-Nationale poursuivra le déploiement du programme « Mes Choix » en CLSC. Un programme qui donne aux consommateurs à risque la possibilité de faire des choix éclairés, dans l'objectif de rejoindre un plus grand nombre d'usagers. Les équipes ayant un seuil d'accès bas seront également consolidées pour pouvoir attirer la clientèle désaffiliée. Finalement, des arrimages devront être assurés grâce au projet « Aire ouverte », qui offre des services intégrés destinés aux jeunes de 12 à 25 ans.

OBJECTIF AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022
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	74,0	49,0	80,0
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	3	5	0
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	91,7	95,5	90

Description des résultats

Pour l'année 2021-2022, 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-E) est de 49 %. Cet indicateur n'atteint pas l'engagement établi à 80 %. Par ailleurs, sa performance a considérablement diminué comparativement à l'année précédente (74 %).

Pour le nombre de demandes d'opérations chirurgicales en attente depuis plus de 6 mois, le résultat indique que 5 patients sont en attente au 31 mars 2022, soit deux de plus que l'année précédente (3). L'indicateur n'atteint pas l'engagement annuel fixé à 0.

Au 31 mars 2022, 95,5 % des patients en attente pour une chirurgie oncologique étaient traités dans un délai inférieur ou égal à 28 jours. Ce résultat représente une amélioration d'environ 4,14 % comparativement à l'année dernière (91,7 %). Un comité de priorisation des opérations chirurgicales, une gestion serrée de la liste d'attente par la gestionnaire clinico-administrative ainsi qu'un soutien de la cheffe du département médical de chirurgie-anesthésie sont les actions qui ont favorisé l'atteinte de la cible.

Contexte et facteurs expliquant les résultats

Plusieurs facteurs expliquent l'écart en ce qui a trait au pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste. D'abord, bien que les demandes ayant une priorité B ou C aient été protégées, la pandémie a engendré un volume important de délestage de personnel touchant la majorité des spécialités au cours de la dernière année. Ensuite, les multiples reprises d'activités ont souvent été accompagnées d'une augmentation importante des activités chirurgicales entraînant des annulations de consultations de la part des spécialistes. Les analyses indiquent également que les spécialistes ont assuré des suivis auprès de leurs clientèles connues, ce qui a diminué l'offre pour les premières consultations. Enfin, durant l'année, de nombreux patients ont refusé un rendez-vous au moment de l'octroi de rendez-vous par crainte d'être contaminés par la COVID-19.

En dépit du résultat inférieur à l'engagement, un plus grand volume de rendez-vous octroyés par rapport à l'an dernier (73 231 comparativement à 61 227) a été constaté. La demande de service serait donc en hausse. Une augmentation des sollicitations des demandes d'entente provenant d'autres régions peut en partie expliquer cet accroissement.

En ce qui concerne le nombre de demandes des chirurgies en attente depuis plus de 6 mois, l'entièreté de celle-ci se retrouve dans deux spécialités, soit l'orthopédie et l'ORL. Les différentes vagues de COVID-19 ont causé un manque de personnel (délestage ou travailleurs de la santé atteints par la maladie), et donc une diminution du nombre d'opérations chirurgicales réalisées dans les blocs opératoires. Malgré l'existence d'un comité de priorisation et un suivi serré de nos listes d'attente, 5 demandes d'opérations chirurgicales dépassaient le délai de 6 mois au 31 mars 2022. Sur ces 5 demandes, 4 étaient causées par l'annulation des visites prévues par le chirurgien orthopédique à l'Hôpital de La Malbaie en raison d'un manque de personnel. Cela a donc entraîné le report d'opérations chirurgicales planifiées. De plus, des patients atteints de la COVID-19 ont dû annuler leur opération chirurgicale et la reporter à la prochaine visite du chirurgien dans le milieu.

Mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration

Pour l'avenir, le CIUSSS de la Capitale-Nationale prévoit de mettre en place les mesures correctrices suivantes pour améliorer les résultats associés à l'indicateur *Pourcentage de consultation auprès des médecins spécialistes réalisé à l'intérieur des délais* :

- Augmentation des plages de rendez-vous au centre de répartition des demandes de services (CRDS);
- Augmentation des plages de rendez-vous en cabinets privés;
- Plus grande utilisation du conseil numérique et poursuite des consultations téléphoniques;
- Diminution du volume de délestage intrahospitalier lors d'une autre vague potentielle de COVID-19;
- Mise en place des mesures sanitaires exigées par la Santé publique pour favoriser l'assiduité de la clientèle à ses rendez-vous.

Voici les mesures correctrices mises en place pour favoriser la réalisation d'opérations chirurgicales dans les délais :

- Depuis 2020-2021, mise en place d'un comité de priorisation des opérations chirurgicales, sous la gouverne de la cheffe de département médical de la chirurgie-anesthésie;
- Demandes effectuées auprès du chef de service des spécialités concernées pour prioriser les opérations chirurgicales dont le délai de 6 mois est dépassé ou le sera prochainement;
- Priorités opératoires cédées à l'orthopédie afin de diminuer les opérations chirurgicales ajournées pour cette spécialité;
- Deuxième offre suggérée à certains clients en orthopédie et poursuite de cette action;
- Élaboration de règlements applicables au bloc opératoire en cours. L'adoption de ces règlements est prévue au mois de septembre 2022.

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 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022
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	1 861	1 800	1 879

Description des résultats

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 était de 1800 au 31 mars 2022. Ce nombre représente 61 places de moins que l'année dernière (1861). L'engagement de 1879 places au 31 mars 2022 n'est pas atteint, mais l'écart est considéré comme faible.

Contexte et facteurs expliquant les résultats

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.

Mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration

Le nombre de places sera rehaussé au cours de la prochaine année grâce à l'augmentation de la capacité en ressources intermédiaires (9 processus d'appels d'offres en cours), l'ouverture de 2 maisons alternatives ainsi que la réalisation de 2 projets résidentiels destinés à la clientèle en DI-TSA-DP (Groupe O'Drey et Habitations Marie-Clarisse).

OBJECTIF

AUGMENTER LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	33 756	34 457	32 168
Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	2 171 953	2 687 731	2 171 953

Description des résultats

Le nombre d'heures de services de soutien à domicile atteint 2 687 731 au 31 mars 2022. Il s'agit d'un accroissement d'environ 23,75 % en regard de l'an dernier (2 171 953). Le nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile atteint, quant à lui, 34 457 au 31 mars 2022, soit une augmentation d'environ 2,08 % comparativement à l'année précédente (33 756).

Contexte et facteurs expliquant les résultats

La pression démographique liée au vieillissement de la population est extrêmement forte sur les équipes offrant du soutien à domicile. Ainsi, des 515 777 heures additionnelles en soutien à domicile, plus de 422 000 sont liées aux profils de soutien à l'autonomie des personnes âgées et aux profils de santé physique de courte durée (principalement, des personnes âgées de 65 ans et plus), soit 82 % des heures additionnelles observées. Afin de permettre ce niveau d'accroissement des 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. La reprise des activités hospitalières suivant les premières vagues de COVID-19 et la nécessité d'un retour rapide dans la communauté pour les usagers âgés effectuant un passage en milieu hospitalier sont liées à ce constat.

OBJECTIF

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022
Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme « Agir tôt »		544	390
Délai moyen d'attente (en jour) à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	15,82	22,60	15,80
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	78,6	69,4	90

Description des résultats

Au cours de l'année 2021-2022, 544 enfants ont effectué un dépistage via la plateforme informatique « Agir tôt ». L'engagement de 390 est donc atteint.

En ce qui concerne le délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse, ce dernier était de 22,60 jours au 31 mars 2022. Ce résultat représente une diminution de la performance d'environ 42,86 % comparativement à l'année dernière puisqu'elle était de 15,82 jours. L'engagement de 15,80 pour l'année 2021-2022 n'est donc pas atteint.

Pour l'indicateur *Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars 2022 qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle*, la performance atteignait 69,4 % au 31 mars 2022. Ce résultat n'atteint pas l'engagement de 90 % pour l'établissement.

Contexte et facteurs expliquant les résultats

Le déploiement de la plateforme provinciale de dépistage « Agir tôt » a permis de réduire les activités à valeur non ajoutée liées au processus de dépistage, comme la lourdeur de la gestion de documents papier. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a également bénéficié de l'ajout de 2 responsables cliniques de la plateforme.

Pour l'indicateur *Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse*, la cible à atteindre pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale a été déterminée dans un contexte où la liste d'attente était inexistante ou très courte. Depuis, la situation est toute autre, considérant l'augmentation des évaluations à réaliser.

D'abord, au cours des deux dernières périodes financières (périodes 12 et 13), le CIUSSS de la Capitale-Nationale a procédé à des blitz importants sur le plan des attributions des dossiers présentant les délais d'attente les plus longs. L'attribution de ces dossiers, effectuée au cours des mois de février et mars, a fait monter le délai moyen d'attente pour cette période. Néanmoins, cela a permis de réduire le nombre d'enfants en attente d'une évaluation (réduction de la liste d'attente).

Ensuite, tout au long de l'année, la pénurie de main-d'œuvre a limité la capacité d'attribution des dossiers. En moyenne, cette pénurie représentait 10 équivalents temps plein (ETC) de moins que le plan de poste projeté de 91 ETC.

Par ailleurs, la région de Québec a fait face à une augmentation des délais judiciaires (parfois jusqu'à 6 mois pour obtenir une date au tribunal). Or, cela limitait la capacité des intervenants à évaluer de nouveaux dossiers. Aussi, au cours de l'année, des intervenants évaluateurs ont dû soutenir le secteur de la réception et traitement des signalements (RTS), considérant son haut niveau de criticité. Plus de 5 ETC ont contribué au soutien du RTS au lieu d'effectuer des évaluations.

L'état de précarité de la situation dans le secteur de l'application des mesures a également contribué à l'augmentation du délai moyen d'attente. En effet, des dossiers ont été retenus dans le secteur de l'évaluation-orientation afin de soutenir les intervenants du secteur de l'application des mesures. Par conséquent, la capacité d'assignation de nouveaux dossiers dans le secteur de l'évaluation-orientation s'est vu décroître.

Finalement, la dernière année a été marquée par un roulement important du personnel. De ce fait, les nouveaux intervenants n'offraient pas toujours le même niveau de performance clinique nécessitant une intégration et un accompagnement soutenu. Cela a eu pour effet de limiter la capacité d'attribution de nouvelles situations pour permettre aux nouveaux intervenants de s'adapter.

En ce qui a trait à la 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, le contexte pandémique a engendré une diminution de la capacité de vacciner cette clientèle dans les délais prescrits pour divers motifs (parents, enfants ou travailleurs atteints par la maladie).

Beaucoup d'enfants ont été vaccinés entre le 14^e et le 28^e jour suivant leur premier anniversaire. La couverture vaccinale à 1 an et 28 jours est à 81,2 %. Cette analyse permet de conclure que le niveau d'adhésion à la vaccination est presque identique à celui des années antérieures, et que ce sont les conséquences de la pandémie qui ont empêché le bon déroulement de la vaccination à l'intérieur des délais fixés.

Mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration

Des 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 :

- Réalisation d'un plan d'action pour assurer le recrutement en continu (incluant nos stagiaires) ainsi qu'une trajectoire d'embauche étudiante adaptée à la nouvelle réalité;
- Déploiement du projet de médiation pour faire baisser le taux de judiciarisation dans la région;
- Blitz d'interventions de soir et de fin de semaine réalisés par le personnel en Protection de la jeunesse pour réduire les listes d'attentes;
- Fin du soutien des intervenants évaluateurs au secteur RTS afin qu'ils puissent se dévouer uniquement à la réduction de la liste d'attente;
- Autorisation des heures supplémentaires pour les intervenants souhaitant réaliser davantage d'évaluations;
- Mise sur pied de différents projets visant à soutenir les intervenants en les dégageant des tâches à valeur non ajoutée;
- Association aux services de la première ligne dès l'étape de la réception et du traitement du signalement, permettant de diminuer le taux de rétention des signalements et ainsi limiter le recours aux évaluations en Protection de la jeunesse.

Afin d'augmenter la proportion d'enfants âgés d'un an au 1^{er} mars qui ont reçu leur dose de vaccin combiné RRO-Var, le CIUSSS de la Capitale-Nationale prévoit des rencontres avec les directions impliquées pour les informer des résultats atteints et déterminer les différentes stratégies nécessaires pour effectuer la vaccination dans le délai prescrit. En outre, les stratégies suivantes seront réévaluées :

- Rappels effectués auprès des parents en offrant une prise de rendez-vous précoce;
- Relance auprès des parents des enfants non vaccinés et confirmation des rendez-vous;
- Rappels effectués auprès des centrales de rendez-vous de la région sur l'importance d'accorder les rendez-vous en respectant les délais de l'indicateur.

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022
Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne		38	56

Description des résultats

Au 31 mars 2022, 38 cliniques comportaient un système informatique favorisant une prise de rendez-vous en ligne. Ce résultat n'atteint pas l'engagement, établi à 56.

Contexte et facteurs expliquant les résultats

Parmi les cliniques non déployées à cette date, certaines ont rencontré des enjeux techniques, ou de capacité, liés aux effectifs pour être en mesure d'implanter le système informatique dans leur clinique. En outre, 3 d'entre elles étaient à l'étape de procéder aux tests en prévision de la connexion.

Mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration

Les cliniques non connectées au 31 mars ont été contactées et un calendrier de déploiement a été établi avec les médecins responsables, incluant les dates pour effectuer les tests et donner les formations requises. Le 31 mai dernier, 43 cliniques étaient finalement dotées d'un système de rendez-vous en ligne fonctionnel. Les cliniques toujours pas équipées rencontrent actuellement des enjeux techniques qui doivent être résolus par le MSSS et son fournisseur.

OBJECTIF AMÉLIORER LA DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante		3,20	2,30
Ratio de présence au travail	88,89	89,43	89,02

Description des résultats

Avec un résultat de 3,20 %, le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante n'atteint pas l'engagement 2021-2022, établi à 2,30 %.

En plus d'atteindre l'engagement de 2021-2022 établi à 89,02, le ratio de présence au travail a atteint une meilleure performance comparée à l'année dernière (89,43 en 2022 et 88,89 en 2021).

Contexte et facteurs expliquant les résultats

La non-atteinte de l'engagement touchant l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante est causée par la progression accrue de la pénurie de main-d'œuvre dans la région de la Capitale-Nationale associée à la croissance des activités de la COVID-19 et au développement organisationnel de nouveaux services en lien avec les priorités ministérielles. De plus, au cours de l'année, l'accent a été mis sur la diminution du temps supplémentaire obligatoire, et les quarts de travail défavorables ont été octroyés à la main-d'œuvre indépendante.

Mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration

Afin de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante, un plan d'action régional a été rédigé en conformité avec la circulaire ministérielle. D'autres mesures structurantes ont été mises en place, entre autres, le nouvel appel d'offres élaboré selon les règles du Centre d'acquisition gouvernemental (CAG), la régularisation des contrats de gré à gré, la mise sur pied d'une session intensive d'embauche de la main-d'œuvre indépendante ainsi que la nomination d'un directeur responsable du chantier majeur associé à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire obligatoire. Afin de favoriser une amélioration de cet indicateur, les enjeux liés à la main-d'œuvre indépendante ont été présentés au comité des ressources humaines du conseil d'administration et au comité de direction. Par ailleurs, des données ventilées ont été rendues accessibles à chacun des directeurs.

Afin de s'assurer que l'indicateur portant sur le ratio de présence au travail demeure performant, les mesures suivantes ont été mises en place :

- Reprise des évaluations de risques psychosociaux dans les équipes ciblées faites par le secteur de prévention et gestion des risques et de la qualité de vie au travail;
- Mise en place de Veilleurs (employés voulant prendre soin d'eux et des autres) et d'une équipe d'intervenants psychosociaux pour les employés présentant des difficultés;
- Programme de réadaptation physique intensif pour les employés;
- Programme de soutien au rétablissement et au retour au travail pour les employés;
- Réaffectation des travailleuses enceintes;
- Gestion de l'absentéisme excessif;
- Mise en place d'un programme d'assistance post-traumatique;
- Ajout de séances (3) au Programme d'aide aux employés et à leur famille;
- Lancement de la plateforme numérique de santé et de mieux-être (*LifeSpeak*) pour le personnel et leurs proches.

OBJECTIF

CONTENIR LA TRANSMISSION DE LA COVID-19 AU SEIN DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022
Délai entre la création d'un cycle de cas et d'un cycle de contact communautaire à risque modéré	48	74 ¹	48

Description des résultats

Avec un résultat de 74 heures, le délai entre la création d'un cycle de cas et d'un cycle de cas communautaire à risque modéré n'atteint pas l'engagement, établi à 48 heures.

Contexte et facteurs expliquant les résultats

Au cours de la dernière année, l'ensemble des contacts en milieu scolaire de la région ont été saisis dans les questionnaires d'enquête de cas. Toutefois, un délai a été observé entre la réalisation de l'enquête de cas et la réception de la liste de contacts scolaires fournie par le milieu. De plus, lors de la 4^e vague de COVID-19, une proportion importante des cas et éclosions qui provenaient des écoles a généré plusieurs contacts, dont des classes entières. Le volume important de contacts scolaires devant être saisi dans le questionnaire a entraîné un accroissement du délai dans la création des cycles de contact.

Mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration

Considérant les délais engendrés par cette pratique, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a cessé la saisie de l'ensemble des contacts scolaires dans le questionnaire. Par ailleurs, un ordre de priorité a été établi afin de respecter les délais pour les contacts communautaires hors des milieux scolaires.

Il est à noter que tous les contacts scolaires ont reçu une lettre de recommandation avec les consignes applicables à leur situation.

¹ Prendre note que le résultat est celui au 4 décembre 2021. Le suivi de cet indicateur a ensuite été abandonné par le MSSS.

OBJECTIF

AUGMENTER LA COUVERTURE VACCINALE CONTRE LA COVID-19 CHEZ LES PERSONNES DE 12 ANS ET PLUS, POUR CHAQUE GROUPE D'ÂGE

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022
Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge		91,74	80

Description des résultats

Au 31 mars 2022, le taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge, était de 91,74 %. Ce résultat atteint l'engagement de 80 % pour l'établissement.

Contexte et facteurs expliquant les résultats

Plusieurs stratégies ont été mises en place pour rejoindre les populations cibles, notamment :

- Offre d'un large choix de plages horaires pour faciliter la prise de rendez-vous sur tout le territoire (incluant les régions de Portneuf et de Charlevoix);
- Vaccination effectuée par le Vaccin-O-Bus, particulièrement offerte à la population vulnérable dans les milieux communautaires ainsi que les secteurs ayant une adhésion moindre;
- Mise en place de cliniques de vaccinations mobiles dans les milieux de travail du CIUSSS de la Capitale-Nationale, destinées aux travailleurs de la santé;
- Offre vaccinale adaptée aux milieux scolaires;
- Mise en place du projet « Première dose » destiné aux clientèles vulnérable et multiethnique.

Mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration

Les stratégies développées jusqu'à ce jour ont été efficaces pour l'atteinte de la couverture vaccinale actuelle. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale poursuivra, toutefois, le déploiement de mesures innovantes afin d'assurer la continuité de la vaccination contre la COVID-19. Par le fait même, il s'assurera que l'offre de vaccination et l'aménagement de sites de vaccination répondent aux réalités démographiques de la région.

5

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

5.1 L'AGRÉMENT

Lors de la visite d'Agrément Canada en 2019, l'établissement devait présenter l'état d'avancement des travaux pour répondre aux critères non conformes portant spécifiquement sur les normes de la santé publique et le retraitement des dispositifs médicaux. Après un retard occasionné par la pandémie, c'est à l'automne 2021 que le suivi a été réalisé auprès d'Agrément Canada.

De plus, toujours en raison de la COVID-19, les sondages liés à la mobilisation et à la culture de sécurité auprès du personnel ont été reportés à l'automne 2022. Le *Sondage Pulse*, quant à lui, qui s'adresse aux médecins a bien été mené comme prévu. Les résultats devraient être disponibles au début de la prochaine année.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale est certifié agréé par Agrément Canada.

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 sont réalisées chaque année. En 2021-2022, la pandémie a contraint l'annulation de plusieurs actions, mais quelques formations ponctuelles ont quand même pu être données.

Par ailleurs, le personnel a reçu différentes communications dans le but d'être informé des nouvelles lignes directrices établies par le ministère à l'égard de la gestion des risques. De plus, le suivi constant offert par la DQEPE ainsi que les interventions faites de façon individuelle auprès des gestionnaires ont permis d'améliorer en continu les pratiques en gestion des risques.

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2021 ET LE 31 MARS 2022 (INDICE DE GRAVITÉ A ET B)

	Médication	Diète	Autres	TOTAL 3 principaux types d'incidents	TOTAL tous les types d'incidents
Incidents	1 594	521	521	2 636	3 821
Pourcentage du total des INCIDENTS	41,7	13,6	13,6	69,0	
Pourcentage du total des ÉVÉNEMENTS	5,2	1,7	1,7	8,6	12,5

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2021 ET LE 31 MARS 2022 (INDICE DE GRAVITÉ C À I)

	Chute	Médication	Autres	TOTAL 3 principaux types d'accidents	TOTAL tous les types d'accidents
Accidents	12 353	5 823	5 472	23 648	26 858
Pourcentage du total des ACCIDENTS	46,0	21,7	20,4	88,0	
Pourcentage du total des ÉVÉNEMENTS	40,3	19,0	17,8	77,1	87,5

5.2.1 MESURES DE CONTRÔLE

Le comité directeur a entrepris plusieurs actions quant à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. Parmi ces actions, on compte :

- La révision du *Protocole sur les mesures de contrôle* (R-16), adopté par le conseil d'administration le 21 septembre 2021, pour y inclure notamment des changements concernant les professionnels ayant le pouvoir de décision, l'application en contexte non planifié et les indicateurs de suivi;
- L'adoption des procédures spécifiques à la DSISP et à la DJ;
- La diffusion d'une nouvelle formation au sujet de la collaboration interprofessionnelle sur la plateforme ENA;
- L'élaboration d'un plan de communication pour la diffusion du *Protocole R-16*, des procédures et des formations de façon cohérente;
- Le visionnement des capsules de formations en ligne, soit :
 - 482 capsules à l'intention des professionnels;
 - 646 capsules à l'intention des intervenants qui appliquent les mesures;
 - 557 capsules traitant des marches à suivre dans les directions programme clientèle.
- La réalisation de travaux pour assurer la conformité de l'utilisation des demi-portes selon le *Protocole R-16* et les normes de sécurité *Travaux* avec la collaboration de la DSAPA — volet hébergement et volet soutien à domicile, services gériatriques spécialisés et soins palliatifs et de fin de vie et de la DDITSADP;
- L'émission d'un avis sur l'utilisation des objets lestés;
- L'adoption de la politique et de la procédure sur la surveillance accrue des usagers;
- La présentation du plan de déploiement de la politique et de la procédure sur la surveillance accrue des usagers au comité de coordination clinique;
- Le développement d'un Registre informatisé pour la saisie des mesures de contrôle et de la surveillance constante et le déploiement d'un projet pilote à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul, dans les RAC de Saint-Placide et au centre d'hébergement de Clermont.

5.2.2 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Depuis le début de la pandémie, le Service de PCI se concentre principalement sur la surveillance, la gestion des éclosions, les enquêtes épidémiologiques liées à la COVID-19 et le soutien aux équipes et aux gestionnaires, et ce, dans tous nos milieux de soins et de services et également en RI-RTF, en RPA, en RAC, en ressource intermédiaire spécialisée (RIS) et en CHSLD privé des communautés religieuses.

Le volet PCI, faisant partie du comité tactique de coordination de sécurité civile, s'est démobilisé à la fin de

la 4^e vague en mai 2021. Il s'est remobilisé à l'hiver 2021 afin de faire face à la hausse des cas et au nombre élevé d'éclosions dans les différents milieux de soins et de vie due aux 5^e et 6^e vagues.

Le Service de PCI a déployé de grands efforts et démontré une agilité sans pareil pour accompagner l'ensemble des équipes dans la gestion de la COVID-19. Pour ce faire, le Service a accueilli des employés réaffectés et leur a donné le rôle de coachs en PCI, particulièrement des infirmières, et ce jusqu'à la fin mars 2022.

Enjeux

Main-d'œuvre

- Recrutement et rétention de l'expertise en PCI.
- Ajout d'effectifs pour soutenir les établissements privés dans la communauté (RI-RTF, RAC, RIS, RPA et CHSLD privé).

Culture de PCI

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

Réalisations

- Gestion des différentes situations en lien avec la pandémie de la COVID-19.
- Gestion de nombreuses éclosions de COVID-19, mais également d'autres types de virus pathogènes tels que le syndrome d'allure grippale (SAG) et la gastro-entérite.

Priorités

- Procéder à la réorganisation du Service de PCI en fonction du rehaussement des ressources humaines et des nouvelles responsabilités.
- Procéder à la formation et au soutien des auditeurs pour la réalisation des audits d'hygiène des mains par les directions cliniques.

NATURE DES CAS D'ÉCLOSION

	Milieux publics et privés conventionnés	Milieux privés (RI-RTF, RAC, RPA, etc.)	Total	Nombre de personnes atteintes
COVID-19	57	241	298	7 200
Autres types d'infections (SAG, gastro-entérite)	77	Sous la responsabilité de la DSPu	77	585

Le tableau ci-dessus démontre que la majorité des cas d'éclosion 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'éclosions.

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.

De plus, des rencontres hebdomadaires avec ces milieux ont été instaurées pour répondre aux différentes questions.

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 8 recommandations. De ce nombre, 7 sont complétées et une est en cours d'implantation.

Recommandation	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
DSAPA — HÉBERGEMENT		
Que le directeur du soutien à l'autonomie des personnes âgées, volet hébergement, prenne les moyens à sa disposition pour rétablir la communication avec la représentante légale et revoir, entre autres, les modes de collaboration, la logique de soins et l'organisation du dialogue au sein de l'équipe, nécessaire au rétablissement du sentiment de confiance.	✓	
Que l'équipe tente à nouveau de présenter à la représentante légale les objectifs du plan de soins et de recueillir son opinion à cet égard.	✓	
Que les recommandations déposées par la conseillère-cadre en ergothérapie soient réalisées de façon complète et satisfaisante (...).	✓	
Que les recommandations déposées par la conseillère-cadre en nutrition soient réalisées de façon complète et satisfaisante (...).	✓	
Que les recommandations déposées par la conseillère-cadre en service social soient réalisées de façon complète et satisfaisante (...).	✓	
Que les recommandations déposées par la conseillère-cadre en soins infirmiers soient réalisées de façon complète et satisfaisante (...).		✓
DSISP		
Que la DSISP présente au commissaire aux plaintes et à la qualité des services les moyens mis en place pour actualiser les améliorations demandées.	✓	
Que la DSISP prenne les moyens nécessaires afin de consolider la pratique des soins palliatifs dans le secteur de Charlevoix, et ce, en interdisciplinarité et selon les attentes ministérielles.	✓	

5.4 LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a formulé 21 recommandations s'adressant au CIUSSS de la Capitale-Nationale. De ce nombre, 3 sont complétées, 1 a été refusée et 17 sont en cours de réalisation.

Recommandation	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
DDSITSADP		
D'élaborer un document de référence définissant les modalités d'accès au bassin thérapeutique de l'IRDPQ pour les personnes en suivi externe, incluant celles en provenance des autres régions administratives, et assurer sa diffusion aux employés et partenaires.	✓	
De rappeler aux employés de l'IRDPQ l'importance d'effectuer un bilan clinique lorsque le plan de réadaptation est complété.		✓
De rappeler aux employés de l'IRDPQ l'obligation de colliger les informations associées au suivi clinique dans le dossier des usagers.		✓
DPJ		
D'inclure dans le plan d'intervention un échéancier pour rendre prévisibles l'assouplissement et l'élargissement des contacts père\filles et permettre aux parents de même que l'enfant de s'y préparer.	✓	
De prendre des dispositions pour ressaisir le tribunal rapidement advenant l'incapacité de respecter l'échéancier défini en R-01 afin que la magistrature soit informée de tous les enjeux qui font obstacle au rétablissement du lien paternel.	✓	
DSAPA-SAD, SGS ET SPFV — Rapport spécial du Protecteur du citoyen sur le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH)²		
De préciser, au plus tard le 31 mars 2022, la nature des informations que doivent communiquer les intervenants sociaux et les responsables des MAH aux personnes en attente d'un hébergement quant aux ressources disponibles, à l'état d'avancement de leur demande et aux démarches en cours et à venir les concernant.		✓
De s'assurer que tous les établissements offrent, aux personnes âgées qui effectuent une demande d'accès à l'hébergement et à leurs proches, la possibilité de visiter les lieux d'hébergement au plus tard le 31 mars 2022, et ce, avant que ne soit exigée la formulation d'un choix ou d'une préférence d'hébergement ou encore la réponse d'acceptation ou de refus d'une place proposée par le MAH.		✓
De déterminer, au plus tard le 31 mars 2022, des orientations en vue d'interdire toute pratique ayant pour effet d'annuler une demande d'hébergement ou de la retarder en changeant l'ordre des priorités en raison du refus de la personne d'emménager en moins de 48 heures à l'endroit initialement choisi.		✓

² Les recommandations s'adressent au MSSS, toutefois, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a pris acte des préoccupations du Protecteur du citoyen et a débuté l'implantation des recommandations.

Recommandation	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
<p>En ce qui concerne le recours à l'hébergement transitoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De demander aux établissements de documenter, à compter du 31 mars 2022, la durée des séjours en hébergement transitoire et assurer un suivi de la demande en continu; ▪ De compléter, au plus tard le 1^{er} septembre 2022, l'analyse des données colligées par les établissements afin de documenter les circonstances et la fréquence du recours à l'hébergement transitoire par les établissements, ainsi que ses répercussions possibles sur l'offre d'hébergement permanent; ▪ En collaboration avec les établissements et au plus tard le 31 décembre 2022, de prendre les moyens nécessaires afin que l'hébergement transitoire constitue une mesure d'exception. 		✓
<p>En ce qui concerne les notions d'hébergement permanent et d'hébergement transitoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ D'établir une définition commune de chacune de ces notions et les diffuser, au plus tard le 31 mars 2022, à l'ensemble des établissements; ▪ De vérifier que tous les établissements appliquent de manière uniforme ces définitions à compter du 1^{er} septembre 2022. 		✓
<p>En ce qui concerne le <i>Cadre de référence provincial du MAH en CHSLD et en RI-RTF pour aînés</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ D'y mentionner que la personne âgée peut formuler jusqu'à trois préférences, et encourager les MAH à en conserver au moins deux lors de l'inscription sur la liste d'attente; ▪ D'y inclure une échelle de priorisation commune aux MAH de l'ensemble des établissements; ▪ De diffuser, au plus tard le 31 mars 2022, le document finalisé à l'ensemble des établissements; ▪ De vérifier qu'il soit appliqué par tous les établissements au plus tard le 1^{er} septembre 2022. 		✓
<p>De s'assurer que l'échelle de priorisation commune à tous les MAH prend en compte, et ce, au plus tard le 31 mars 2022, l'ensemble des besoins de la personne âgée ainsi que les caractéristiques de sa situation particulière (ex. : le fait que la personne soit centenaire, un pronostic médical sombre, le délai d'attente déjà écoulé, le passage par un hébergement transitoire, la volonté d'être hébergé en couple).</p>		✓
<p>D'implanter, au plus tard le 31 mars 2022, des mesures améliorées de prise en charge et de suivi des personnes âgées en perte d'autonomie, utilisées par l'ensemble des établissements afin, notamment, de prévenir l'hospitalisation des personnes âgées dont l'état de santé se dégrade pendant l'attente d'une place d'hébergement.</p>		✓
<p>De déterminer, au plus tard le 31 mars 2022, les orientations permettant un arrimage entre l'échelle de priorisation appliquée par les établissements pour l'accès à l'hébergement et la stratégie de gestion de la situation des personnes hospitalisées en niveau de soins alternatif (NSA). Cela a pour but d'éviter que la nécessité de libérer rapidement les lits d'hôpitaux ne court-circuite l'accès régulier à l'hébergement.</p>		✓

Recommandation	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
De déterminer, au plus tard le 31 mars 2022, les orientations permettant aux établissements d'assurer un traitement uniforme et coordonné des demandes d'hébergement interterritoriales et d'effectuer leur suivi de façon régulière. Cela vise à favoriser une prestation de soins et de services continue et équitable aux personnes qui souhaitent être hébergées dans une autre région.		✓
De vérifier, au plus tard le 1 ^{er} septembre 2022, que toute demande d'hébergement interterritoriale soit prise en charge par le MAH de l'établissement visé par la demande d'hébergement (territoire d'accueil) et que, si un hébergement transitoire est requis, celui-ci soit d'abord offert par le territoire d'accueil.		✓
En ce qui concerne les données portant sur l'accès public à l'hébergement : <ul style="list-style-type: none"> ▪ De développer, d'ici au 31 mars 2022, les outils nécessaires, et d'acquérir et de former les effectifs requis pour colliger et interpréter rigoureusement les données utiles concernant l'accès à l'hébergement, notamment l'utilisation de l'hébergement transitoire, les admissions et les demandes interterritoriales; ▪ D'implanter, au plus tard le 1^{er} septembre 2022, un système unique de consignation, de gestion et de partage des données commun au MSSS et à l'ensemble des établissements; ▪ De vérifier qu'au 31 décembre 2022, que l'ensemble des établissements utilisent le système unique de consignation des données. 		✓
De publier, dès le 31 décembre 2021, la liste d'attente complète pour une place d'hébergement permanente en RI-RTF et en CHSLD, c'est-à-dire la liste incluant les personnes en situation d'hébergement transitoire.		✓
Pour chacun des CISSS et CIUSSS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ De réaliser, d'ici le 31 mars 2022, une analyse complète des besoins en matière d'hébergement en RI-RTF et en CHSLD; ▪ D'élaborer, d'ici le 1^{er} septembre 2022, un plan de développement de places en RI-RTF et en CHSLD qui répond aux besoins particuliers de l'établissement en matière d'hébergement. 		✓
DSM		
De revoir l'organisation des services psychosociaux afin d'offrir systématiquement un accompagnement aux usagers et à leurs proches, en contexte de soins palliatifs et de fin de vie à l'Institut universitaire en cardiologie et de pneumonie de Québec.		✓
DSMD		
De rappeler à tous les membres du personnel des unités et au personnel qui prend les appels du 418 663-5020 à l'IUSMQ de fournir aux usagers le numéro de téléphone général suivi du numéro de poste de leur clinique externe lorsque la situation le permet.		✓

5.5 LES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Le coroner a formulé deux recommandations à l'endroit de l'établissement qui sont toujours en cours de réalisation.

Recommandation	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
D'analyser le dossier et de revoir plus particulièrement le suivi d'intensité variable qui a été apporté à la demande du psychiatre en rapport avec le risque suicidaire que cette personne présentait.		✓
D'analyser comment l'information circule dans l'équipe de santé mentale en lien avec les usagers à risque suicidaire et produire un plan d'action si requis.		✓

5.6 LES RECOMMANDATIONS ISSUES DES AUTRES INSTANCES

Au cours de l'année, le médecin examinateur a formulé deux recommandations s'adressant à l'établissement. Les deux sont complétées.

Recommandation	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
Que le co-chef du département de psychiatrie procède à un rappel écrit à tous les membres du département sur l'importance d'entretenir en tout temps des relations cordiales avec les professionnels avec qui ils collaborent dans l'exercice de leur profession de même que sur le contenu de la <i>Politique relative à la promotion de la civilité et à la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail</i> , et le caractère impératif de son observance.	✓	
Qu'il me démontre que cette recommandation a été réalisée de manière satisfaisante et dans un délai raisonnable de 60 jours.	✓	

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 2021 ET LE 31 MARS 2022

	IUSMQ	CHU-HEJ	CHU-CHUL	HBSP	HLM	Total Mission CH
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	150	499	353	41	21	1 064
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.	758
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	490	3	115	14	0	622
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.	453
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)	335	0	93	7	0	435

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 2021-2022, l'équipe du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services a traité 3 461 dossiers, qui se répartissent comme suit : 1 188 plaintes, 871 interventions, 1 230 assistances et 172 consultations.

Pour une deuxième année consécutive, le Commissariat enregistre une augmentation du nombre de dossiers, cette fois, de 6 % de plus que durant l'exercice précédent. Cet accroissement se traduit notamment par une augmentation plus marquée de dossiers avec des motifs de maltraitance, des dossiers de plaintes ainsi que des dossiers de plaintes médicales.

La performance du Commissariat s'est maintenue et a même connu une amélioration en atteignant un pourcentage de 92 pour les plaintes traitées à l'intérieur du délai de 45 jours. Le délai moyen d'examen d'une plainte, pour sa part, est demeuré comparable à celui de l'exercice précédent.

Cette année, le traitement des plaintes et des signalements a permis la mise en œuvre de 1 270 mesures correctives et la formulation de 13 recommandations d'amélioration de la qualité des soins et des services. Le Commissariat poursuit ainsi sa philosophie qui consiste à privilégier le type de mesures correctives plutôt que d'imposer des recommandations. Les résultats sont obtenus plus rapidement et ils sont plus concrets pour le bien-être des usagers. Le nombre de dossiers de plaintes portés à l'attention du Protecteur du citoyen est, quant à lui, demeuré similaire à celui de l'exercice précédent.

Enfin, l'année 2021-2022 se démarque particulièrement par l'entrée en vigueur, le 1^{er} juin 2021, de la *Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux notamment pour les usagers des services des établissements privés* (2020, chapitre 24). Ainsi, 121 dossiers reçus pour l'examen des plaintes et des signalements de maltraitance proviennent des 14 établissements privés, dorénavant sous la responsabilité du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Médecin examinateur

Au cours de l'année 2021-2022, le médecin examinateur a examiné 95 dossiers. Le traitement de 83 % de ces dossiers a été complété à l'intérieur du délai prescrit par le législateur.

Le traitement des plaintes médicales a permis la mise en œuvre de 12 mesures correctives dont l'application est possible grâce à l'engagement des médecins et des gestionnaires. L'examen de plaintes a également mené à la formulation de 2 recommandations.

Durant le présent exercice, un dossier a mené à un renvoi disciplinaire. Il a été réorienté pour son étude à des fins disciplinaires vers un comité constitué spécialement à cet effet par le CMDP.

Comité de révision

Le comité de révision a reçu 13 demandes de révision durant l'exercice 2021-2022. Il a émis une mesure corrective et n'a formulé aucune recommandation particulière.

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 2021-2022 est disponible sur le site Internet de l'établissement à ciussscn.ca/services/commentaires-plaintes/satisfaction-insatisfaction-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, le BPUE a reçu 171 nouvelles demandes de soutien pour l'actualisation du partenariat avec l'utilisateur, en provenance de 16 directions.

L'implication de 65 usagers partenaires au sein de projets d'amélioration ainsi que de plusieurs membres des comités des usagers et des comités de résidents 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 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 lui a permis d'entendre les préoccupations des usagers et de leurs proches, d'y répondre et d'informer ces personnes des diverses actions mises en place.

Les démarches d'évaluation de l'expérience des usagers concernant les soins et les services reçus ont aussi permis à plus de 3 171 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 est élaborée et déposée au CUCI. En ce qui a trait à toutes les démarches d'évaluation, un rapport a été déposé et 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 le ou les 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 et en vigueur 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, 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.

L'évaluation du *Plan de développement 2015-2020 en soins palliatifs et de fin de vie* (SPFV) publié par le MSSS démontre que plus de 70 % du plan a été réalisé au niveau régional. Le MSSS publiera un plan d'action 2021-2025 pour soutenir les priorités de l'établissement.

Réalisations

- Ajout de pousse-seringues pour administrer les perfusions continues ainsi que la sédation palliative continue tant à domicile que dans les unités de soins palliatifs.
- Mise en place d'une structure de gouvernance collaborative des soins palliatifs pour la région :
 - Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS);
 - Comité de développement des compétences;
 - Comité tactique CIUSSS de la Capitale-Nationale — SPFV;
 - Comité stratégique régionale SPFV;
 - Direction adjointe DSAPA — SPFV;
 - Cogestion médicale.
- Ouverture du premier centre de jour en SPFV au CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Rapports d'audits réalisés en CHSLD sur la pratique SPFV.
- Reconnaissance des personnes proches aidantes (PPA) par la recension des ressources disponibles sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale et soutien apporté aux PPA grâce à une répartition équitable du budget alloué entre elles.
- Soutien dans le développement des compétences médicales.
- Accompagnement des usagers et des PPA dans le processus de l'AMM.
- Harmonisation des gardes infirmières 24/7 à domicile.
- Réalisation d'une cartographie du continuum de SPFV en partenariat avec les instances régionales.

Enjeux

- Optimisation de la coordination clinique des lits communautaires.
- Accessibilité aux lits pour les SPFV, le répit ou l'AMM.
- Accessibilité facile aux services externes de SPFV.

Priorités

- Poursuivre la formation du personnel et des bénévoles.
- Présenter les résultats des audits dans les différents milieux et planifier les actions structurantes.
- Développer des pratiques palliatives exemplaires en CHSLD.
- Implanter la télésanté en soins palliatifs à domicile.
- Développer un continuum régional en SPFV.

APPLICATION DE LA POLITIQUE

	1 ^{er} avril 2021 au 31 mars 2022	1 ^{er} avril 2020 au 31 mars 2021
Soins palliatifs et de fin de vie		
Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	4 604	4 103
Sédation palliative continue		
Nombre de sédations palliatives continues administrées	102	62
Aide médicale à mourir		
Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	270	188
Nombre d'aides médicales à mourir administrées	213	157
Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	57	31
Nombre de décès avant l'administration	18	17
Nombre de changements d'idée ou de retraits de la demande	7	4
Nombre d'usagers ne répondant pas — ou plus — aux critères d'éligibilité	14	8
Nombre de demandes reçues au CIUSSS pour lesquelles l'utilisateur a été transféré dans un autre établissement	18	2

LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

RÉPARTITION DE L'EFFECTIF EN 2021 PAR CATÉGORIE DE PERSONNEL

	Nombre d'emplois			Nombre d'ETC 2020-2021		
	Emploi	Emploi COVID	Total	ETC	ETC COVID	Total
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	4 115	534	4 649	3 311	152	3 463
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	5 444	183	5 627	4 036	90	4 126
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	2 137	558	2 695	1 827	103	1 930
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	5 173	114	5 287	4 250	33	4 283
Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	146	41	187	95	2	97
Personnel d'encadrement	648	25	673	611	11	622
Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	-	137	137	-	19	19
Total	17 663	1 592	19 255	14 131	411	14 541

* 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, incluant 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 (2021-03-28 au 2022-03-26)		
	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
Personnel d'encadrement	1 183 898	22 452	1 206 350
Personnel professionnel	5 731 545	85 074	5 816 619
Personnel infirmier	6 784 200	369 846	7 154 046
Personnel de bureau, technicien et assimilé	12 019 826	501 012	12 520 839
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2 686 288	63 202	2 749 490
Étudiants et stagiaires	28 662	742	29 405
Total 2021-2022	28 434 420	1 042 329	29 476 749
Total 2020-2021			28 634 791
		Cible 2021-2022	29 476 749
		Écart	841 958
		Écart en %	2,9

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1

L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMME

	Dépenses 2020-2021		Dépenses 2021-2022		Variation	
	\$	%	\$	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	106 822 717	5,67	176 980 779	7,76	70 158 062	65,68
Services généraux - activités cliniques et d'aide	115 655 987	6,14	159 283 756	6,98	43 627 769	37,72
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	512 772 011	27,21	628 134 352	27,53	115 362 341	22,50
Déficience physique	127 709 022	6,78	156 856 041	6,88	29 147 019	22,82
Déficience intellectuelle et TSA	118 474 957	6,29	149 087 583	6,53	30 612 626	25,84
Jeunes en difficulté	140 016 140	7,43	170 018 191	7,45	30 002 051	21,43
Dépendance	13 937 839	0,74	16 491 623	0,72	2 553 784	18,32
Santé mentale	193 658 557	10,28	228 404 854	10,01	34 746 297	17,94
Santé physique	156 357 354	8,30	181 940 265	7,97	25 582 911	16,36
Programmes-soutien						
Administration	97 772 658	5,19	115 779 408	5,07	18 006 750	18,42
Soutien aux services	148 761 343	7,89	164 094 527	7,19	15 333 184	10,31
Gestion des bâtiments et des équipements	152 760 997	8,11	134 455 562	5,89	(18 305 435)	-11,98
Total	1 884 699 582	100,00	2 281 526 941	100,00	396 827 359	21,06

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 20 869 637 \$ se détaillant aux résultats du fonds d'exploitation à un surplus de 6 422 776 \$ et au fonds d'immobilisations à un surplus de 14 446 861 \$. Ce dernier s'explique par le transfert des immeubles de la Société québécoise des infrastructures (SQI) ayant généré une plus-value sur la valeur des terrains. 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 2021 et le 31 mars 2022.

	Nombre	Valeur \$
Contrats de services avec une personne physique*	10	516 350,00
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique**	165	155 582 312,38
Total des contrats de services	175	156 098 662,38

* 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

Enjeux

Retards dans les travaux à la suite de l'imposition des mesures sanitaires

En raison des mesures sanitaires strictes, des projets majeurs, dont ceux de la consolidation du système téléphonique et du déploiement du réseau sans fil, ont été affectés. Pendant plusieurs mois, il a été impossible de procéder au câblage des sites touchés par une éclosion de COVID-19.

Les activités de maintien des actifs furent également ralenties, et même arrêtées temporairement, pour répondre aux besoins cliniques et faire face à la pandémie.

Multiplés vagues de COVID-19 non planifiées

En raison des multiples vagues de la pandémie au cours de la dernière année, la planification des travaux de la DRI a été difficile. Malgré l'agilité des équipes pour procéder au démantèlement de sites de vaccination ou de dépistage ou à leur remise en place, les délais de réponse aux besoins cliniques pressants sont restés très serrés alors que les opérations et les projets réguliers se sont maintenus.

Chaque remise en place ou création d'un nouveau site s'est accompagnée d'une importante gestion du matériel, d'un maintien fastidieux de licences nominalisées en fonction des départs et des arrivées de nouvelles ressources ou encore de la mise en place du câblage. À cela s'est ajouté le déploiement des tablettes pour la validation du passeport vaccinal et le déclin de la mobilisation des équipes liée au désespoir de ne pas voir la fin des travaux concernant la pandémie.

Pénurie de main-d'œuvre

Encore cette année, une pénurie de main-d'œuvre criante en technologie de l'information, jumelée à la situation économique favorable de la Ville de Québec et aux salaires peu compétitifs du réseau, a rendu le recrutement extrêmement difficile tandis que plusieurs ressources expérimentées ont quitté l'organisation pour de meilleures conditions. 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 nombre inégalé à ce jour.

Réalisations

Poursuite du télétravail

L'implantation de la pratique du télétravail est un incontournable pour que l'organisation soit en phase avec l'évolution du monde du travail, mais aussi pour améliorer l'expérience des employés, favoriser l'attraction et la rétention des talents et contribuer aux initiatives de développement durable. La mise en place du comptoir de télétravail de la DRI découle de la *Politique relative au télétravail*, adoptée le 15 juin 2021. Ce comptoir permet d'appliquer les modalités de la politique en regard de l'octroi des équipements informatiques aux employés dont la nature du travail permet le télétravail.

La DRI a également contribué à la mise en place du travail hybride au sein de l'organisation par la planification et le début du déploiement de salles de conférence hybrides : certaines salles sont maintenant dotées de postes informatiques comprenant l'application Teams et d'autres, d'équipements de visioconférence compatibles avec Teams.

Restructuration de la DRI

Dans le contexte de la pénurie de main-d'œuvre en technologie de l'information, la DRI a repensé à sa structure de poste pour s'y adapter. Ainsi, trois conseillers-cadres et quatre spécialistes en procédés administratifs se sont joints à l'équipe de gestion. De plus, les activités de la direction ont été redistribuées afin de permettre aux experts techniques de concentrer leurs efforts sur les tâches à valeur ajoutée selon les spécialités de chacun.

Sécurité de l'information

Progression importante du niveau de maturité de sécurité

L'arrivée d'une conseillère-cadre et d'un spécialiste en procédés administratifs dans l'équipe de sécurité de la DRI a permis de rehausser les efforts de manière significative en gouvernance sur la sécurité de l'information.

Lors de la dernière autoévaluation annuelle de la règle particulière sur la sécurité organisationnelle (RPSO) prescrite par le MSSS, le niveau de maturité de l'établissement en sécurité de l'information est passé de 10 % à plus de 50 %.

La rédaction et la mise en place d'une architecture de sécurité en gouvernance et de processus soutenant le système de gestion en sécurité de l'information (SGSI) sont des exemples tangibles qui ont permis cette amélioration.

Déploiement d'un antivirus intelligent de type EDR

Afin de répondre à l'une des quinze mesures de sécurité obligatoires du ministère de la Cybersécurité et du Numérique (MCN), l'établissement a procédé au déploiement d'un antivirus moderne incluant des fonctions de type EDR (*Endpoint Detection and Response*) permettant de surveiller en continu les cybermenaces avancées et d'y répondre en continu.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a fait figure de meneur dans ce projet provincial du RSSS tant par la qualité et le respect des échéanciers des travaux réalisés localement que par l'accompagnement effectué auprès des autres établissements du RSSS grâce à son rôle d'établissement-responsable du Centre d'expertise de services-conseils en sécurité de l'information (CESS).

Enveloppe dédiée

Afin de soutenir davantage les établissements dans la mise en place des mesures de sécurité du MCN permettant de mieux se protéger contre l'accroissement des cybermenaces, le MSSS a octroyé une enveloppe non récurrente à l'ensemble des établissements du RSSS. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a donc reçu un montant de 406 000 \$ et l'a investi dans la mise en place de cinq des quinze mesures de sécurité obligatoires du MCN, entre autres, celles liées aux campagnes d'hameçonnage, à la gestion des vulnérabilités et à la gestion de la désuétude des serveurs.

Projets structurants

- R03 — Phase 1 : la consolidation des infrastructures est essentielle pour garantir une stabilité et une sécurité à la prestation de soins. Or, la gestion de multiples domaines est un frein à la productivité et à l'évolution technologique. La première phase du projet R03-Serveur a permis d'éliminer 8 répertoires d'entreprise sur un total de 23. À la fin du projet (en phase 2), il n'en restera qu'un seul.

Un des sous-projets découlant de R03 fut la consolidation de Medirad. Ce projet a permis de fusionner les 7 instances situées sur 9 sites en une seule instance CIUSSS. L'historique a été migré; l'application, mise à jour à la version la plus récente du fournisseur; et l'infrastructure technologique, simplifiée et mise à jour.

- Réseau sans-fil : le projet d'installation d'un service Internet sans fil au CIUSSS de la Capitale-Nationale pour accéder à un réseau classé « hors mission », c'est-à-dire un réseau Internet sans accès au réseau de la santé ni à ses données, donnera aux usagers et aux visiteurs la possibilité de se divertir et de briser l'isolement.

La couverture élargie du réseau mission permettra aux collaborateurs et aux employés souvent en déplacement dans les nombreux bâtiments de l'organisation de travailler en toute tranquillité. L'installation de ce réseau est déjà réalisée dans 15 sites sur environ 80.

- Choix de Cristal-Net : L'outil Cristal-Net sert à la création de dossiers patients électroniques (DPE) uniques pour tous les sites du CIUSSS. Il a été choisi à la suite d'une analyse des besoins de l'organisation. Cet outil facilite le démarrage de plusieurs projets pour soutenir la centralisation et le partage en temps réel de l'information des usagers entre les intervenants cliniciens.

Opérations

Pour une année supplémentaire, malgré la pandémie, des efforts ont été consacrés à la mise à jour du parc technologique et au maintien d'actifs des applications cliniques :

- Avancement du projet de consolidation et de remplacement des 84 systèmes téléphoniques sur près de 200 sites ;
- Migration de 99,9 % des postes de travail vers Windows 10. Moins de 90 postes complexes, majoritairement en génie biomédical, restent à être migrés ;
- Remplacement de plus de 1200 postes de travail désuets, faisant passer le pourcentage de conformité de l'établissement de 83 % à 93 % ;
- Remplacement de 4 stations de visioconférence, faisant passer le pourcentage de conformité de 82 % à 96 % ; le projet a été substitué par l'aménagement des salles Teams ;
- Remplacement de 187 commutateurs réseau, faisant passer le pourcentage de conformité de 76 % à 95,7 % ;
- Remplacement de 238 imprimantes ;
- Migration ou retrait de 26 serveurs physiques et de 10 serveurs hôtes, faisant passer le pourcentage de conformité de 62 % à 66 % ;
- Remplacement de 2708 téléphones, portant le taux de conformité à 23 %.
- Mise à jour, consolidation ou retrait de 14 systèmes d'information cliniques, incluant 39 instances et environnements.

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, le rehaussement de la sécurité informationnelle et la conversion vers l'infonuagique, grâce au plan de modernisation technologique (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 humaines et financières.
- Poursuite des trois grands projets structurants suivants :
 - Remplacement de 5971 téléphones pour compléter la migration des 85 systèmes téléphoniques vers un système téléphonique IP ;
 - Mise à jour et augmentation de la couverture du réseau sans fil ;
 - Consolidation des infrastructures pendant la seconde phase du projet R03-Serveur consistant à éliminer 15 répertoires d'entreprise restant sur 23 et à n'en conserver qu'un seul.
- Amélioration et mise en œuvre des processus TI et l'implantation des bonnes pratiques de gestion des services TI basés sur le référentiel ITIL à l'aide d'un outil de gestion des équipements et soutien à l'utilisateur.
 - Mise en place des processus de gestion des connaissances et de déploiement d'un outil de gestion des connaissances pour favoriser le partage d'information et les collaborations intraéquipe et interéquipe.
- Soutien à l'ouverture des MDA MA :
 - Déploiement de l'équipement informatique et des systèmes d'information cliniques et spécialisés en domotique ;
 - Acquisition et déploiement d'un système d'information dédié au soutien des activités cliniques et d'un prescripteur pour la transmission des ordonnances aux pharmacies par voie électronique.

- 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 d'outils et de processus de gestion des menaces et des vulnérabilités ainsi qu'à l'implantation de mécanismes d'authentification supplémentaires (ex. : MFA, Captcha) pour les systèmes contenant des données sensibles et accessibles par Internet.
- Définition et mise en place d'une stratégie de rétention des employés de la DRI pour de meilleures conditions de travail. Par exemple, la création d'un environnement propice à leur cheminement de carrière.
- Démarrage du transfert du programme de consolidation des centres de traitement informatique (CTI) vers l'infonuagique, conformément au décret gouvernemental qui vise à :
 - Faire augmenter le degré de protection des actifs informationnels en modernisant et en optimisant les infrastructures TI du gouvernement;
 - Réduire de façon significative les CTI actuels pour les consolider dans quelques endroits sous la responsabilité du MCN;
 - Optimiser et diminuer les coûts associés à la gestion du traitement et du stockage gouvernemental.
- Consolidation et modernisation des systèmes de contrôle de vidéosurveillance pour l'ensemble du CIUSSS, incluant les caméras et le contrôle des portes.
- Poursuite de la numérisation pour alimenter le DPE unique.
- 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 de bonnes pratiques de gestion d'impression régies par une politique d'impression et des lignes directrices destinées à tous.

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 2022
1	2	3	4	5

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers

Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP 3410 « Paiements de transfert », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transfert à recevoir du gouvernement du Québec.	2013-2014	0500 Réserve	Depuis l'exercice 2021-22, le gouvernement du Québec a modifié la méthode relative aux paiements de transfert. Cette modification a pour effet de se conformer à la norme de CPA Canada SP 3410 - Paiements de transfert. Les travaux nécessaires pour se conformer à ce changement ont été effectués par l'Établissement.	0600 Régulé
Les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public	2011-2012	0500 Réserve	Le 1 ^{er} avril 2021, la Société québécoise des infrastructures a transféré à l'Établissement la propriété des immeubles loués en vertu de contrat. En conformité avec la note d'orientation NOCC-43 - Transfert d'actifs et de passifs de la société québécoise des infrastructures au réseau de la santé et des services sociaux du MSSS, l'Établissement a procédé à la comptabilisation des immobilisations corporelles dans ses livres comptables.	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 2022
1	2	3	4	5
<p>Au cours de l'exercice 2020-21, le MSSS a demandé aux établissements de compléter un gabarit standard concernant les coûts additionnels reliés à la pandémie de la COVID-19 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, composantes sur lesquelles l'auditeur indépendant n'a pas été en mesure d'obtenir d'éléments probants suffisants et adéquats. Aussi, l'auditeur indépendant n'a pas été en mesure de valider de façons satisfaisantes les reclassements de charges effectués suite à 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 cours de l'année. De plus, l'Établissement a suivi attentivement toutes les précisions que le MSSS donnait et ce à chaque reddition de comptes demandé par celui-ci. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2022, 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 ainsi que l'exhaustivité concernant les économies prises en compte et les coûts additionnels non financés par un revenu.</p>	0620 Non réglé
<p>Le MSSS a mis à jour la méthodologie et les paramètres de calcul concernant le passif en assurance-salaire à comptabiliser au 31 mars 2021 sans tenir compte de l'effet de la pandémie de la COVID-19 sur la masse salariale. Il y a donc une sous-évaluation du passif concernant l'assurance-salaire 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>Au 31 mars 2022, le MSSS n'a toujours pas tenu compte des effets de la pandémie de la COVID-19 sur le personnel lors du calcul du passif d'assurance-salaire. Par contre, l'estimation des effets de la pandémie de la COVID-19 sur le passif en assurance-salaire est négligeable.</p>	0600 Régulé
<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 au niveau consolidé 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>Les salaires, avantages sociaux et charges sociales pour l'exercice terminé le 31 mars 2022 sont sur-évalués et les surplus cumulés au 1^{er} avril 2021 sont sur-évalués d'un montant de 66 448 709 \$, tandis que les autres crédettes et autres charges à payer au 31 mars 2021 et les salaires, avantages sociaux et charges sociales pour l'exercice terminé à cette date sont sous-évalués d'un montant de 66 448 709 \$.</p>	0620 Non réglé

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 2022
1	2	3	4	5

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

<p>Selon le Manuel de gestion financière, l'utilisateur doit être compté une seule fois durant l'exercice pour l'établissement en entier. Étant donné que les numéros de dossier des usagers diffèrent pour chacune des installations, il est difficile pour la direction d'identifier si un même usager s'est présenté dans plusieurs installations durant l'exercice financier. Ainsi, il y a risque d'une surévaluation potentielle, mais cette anomalie ne peut être quantifiée. Les sous-centres d'activités visés sont tous ceux qui sont présents dans plus d'une installation ou pour lesquels le processus de compilation ne permet pas de repérer un même usager qui a utilisé les services dans plus d'une installation.</p>	2015-2016	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
<p>CA 7554 - Les informations sur l'unité de mesure « A) Le repas » du sous-centre d'activités 7554 (Alimentation – Autres) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière car les autres aliments vendus n'ont pas tous été considérés pour le calcul du nombre de repas pour les ventes de services. De plus, pour un de nos tests, aucune pièce justificative permettant de valider le repas compté n'était disponible.</p>	2015-2016	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
<p>CA 7644 - Les informations sur l'unité de mesure « A) Le mètre carré » du sous-centre d'activités 7644 (Hygiène et salubrité – tâches opérationnelles) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Certaines installations utilisent les mesures extérieures brutes alors que ce sont les mesures intérieures nettes qui sont demandées.</p>	2016-2017	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
<p>CA 7703 - Les informations sur l'unité de mesure « A) Le mètre cube » du sous-centre d'activités 7703 (Fonctionnement des installations – Autres) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Notamment, certaines installations utilisent les mesures extérieures brutes alors que ce sont les mesures intérieures qui sont demandées. De plus, des mesures moyennes ou estimées plutôt que réelles ont également été utilisées. Finalement, des calculs découlant de changements en cours d'exercice du nombre de mètres cubes n'ont pas été effectués adéquatement.</p>	2016-2017	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
<p>CA 5950 - Les heures travaillées et rémunérées et les informations sur l'unité de mesure « A) Les heures de formation » du centre d'activités 5950 (Formation donnée par le personnel infirmier) ne peuvent être déterminées pour un secteur. Cela a pour incidence de sous-évaluer les coûts et les unités de mesure.</p>	2017-2018	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	

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 2022
1	2	3	4	5
CA 6307 - Les informations sur l'unité de mesure « A) La visite » du sous-centre d'activités 6307 (Services de santé courants) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Des erreurs ont été relevées dans les informations reportées au tableau cumulatif.	2017-2018	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
CA 7001 - Les informations sur l'unité de mesure « A) La présence » du sous-centre d'activités 7001 (Services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration communautaire – Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme), ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Des présences ont été ajoutées manuellement au calendrier et n'ont pas été considérées dans le total. Inversement, des présences ont été considérées en raison d'une erreur de saisie et d'une problématique découlant d'une cyberattaque, mais n'auraient pas dû l'être.	2017-2018	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
CA 7163 - Les heures travaillées et rémunérées et les informations sur l'unité de mesure « B) L'utilisateur » du sous-centre d'activités 7163 (Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile) ne sont pas présentées.	2017-2018	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
CA 7532 - Les informations sur l'unité de mesure « A) L'admission, la visite et l'utilisateur » du sous-centre d'activités 7532 (Archives) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière car certaines unités des groupes A et C ne sont pas considérées dans le total.	2017-2018	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
CA 7690 - Les informations sur l'unité de mesure « A) Le transport d'un usager » du sous-centre d'activités 7690 (Transport externe des usagers) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Notamment, certaines installations ne cumulent pas les transports effectués et procèdent à des estimations.	2017-2018	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
CA 8001 - Les informations sur l'unité de mesure « A) Heures de prestation de services » du sous-centre d'activités 8001 (Accueil, évaluation et orientation – Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Des arrêts de saisie ont eu lieu en cours d'exercice.	2017-2018	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	

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 2022
1	2	3	4	5
CA 8051 et 8053 - Les informations sur les unités de mesure « A) Heures de prestation de services » et « B) L'utilisateur » des sous-centres d'activités 8051 (Services d'adaptation et de réadaptation à la personne – Déficience intellectuelle) et 8053 (Services d'adaptation et de réadaptation à la personne – Trouble du spectre de l'autisme), sont surévaluées, car certaines proviennent d'activités du sous-centre d'activités 7041 (Ressources résidentielles – Assistance résidentielle continue [déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme]).	2017-2018	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
CA 6021, 6022, 6023, 6024, 6025 et 6026 - Les heures travaillées et rémunérées et les informations sur l'unité de mesure « A) Le jour-présence » des différents sous-centres d'activités composant le 6020 (Unités d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes) sont présentées en totalité dans le sous-centre d'activités 6023 (Activités générales de soins aigus) alors que certaines devraient être réparties dans les autres sous-centre d'activités composant le 6020, soit le 6021 (Interventions brèves), le 6022 (Soins intensifs), le 6024 (Activités générales de soins et de traitements pour une longue période), le 6025 (Réadaptation active) et le 6026 (Activités spécialisées).	2018-2019	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
CA 6050 - Les informations sur l'unité de mesure « B) L'admission » du centre d'activités 6050 (Soins infirmiers de courte durée aux adultes et aux enfants) n'incluent pas certaines admissions lors d'un transfert d'un autre établissement, ce qui ne répond pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière.	2018-2019	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
CA 6332 - Les informations sur l'unité de mesure « B) L'utilisateur » du sous-centre d'activités 6332 (Services d'évaluation et de traitement de deuxième et troisième ligne en santé mentale – 18 ans et plus) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière car des usagers ont été considérés alors qu'ils n'auraient pas dû l'être en raison de l'utilisation inadéquate du rapport fourni.	2018-2019	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
CA 6720 - Les informations sur l'unité de mesure « A) La demande de services normalisée et l'intervention » du centre d'activités 6720 (Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) - Services sociaux généraux) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Une problématique d'imputation entre le centre d'activités 6720 et le 6731 a été relevée. Une erreur dans les informations reportées au tableau cumulatif a aussi été relevée.	2018-2019	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	

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 2022
1	2	3	4	5
CA 6731 - Les informations sur l'unité de mesure « A) L'intervention » du sous-centre d'activités 6731 (Consultation sociale de courte durée) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Une problématique d'imputation entre le centre d'activités 6731 et le 6720 a été relevée.	2018-2019	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
CA 6880 - Les informations sur l'unité de mesure « B) Jour-traitement » du sous-centre d'activités 6880 (Ergothérapie) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière car pour au moins un usager, plus d'un jour-traitement a été compté lors de la même journée et pour un autre usager testé, un jour-traitement a été compté alors qu'il ne s'était pas présenté pour son traitement.	2018-2019	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
CA 7801 - Les informations sur l'unité de mesure « A) Le mètre carré » du sous-centre d'activités 7801 (Entretien du parc immobilier et du parc d'équipement non médical et mobilier [propriété CHQ ou établissement public]) ne répondent pas aux définitions et explications du Manuel de gestion financière. Des calculs découlant de changements en cours d'exercice du nombre de mètres carrés n'ont pas été effectués adéquatement.	2018-2019	0500 Réserve	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	

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 4 - L'établissement ne s'est pas conformé à l'article 7 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux puisque le budget adopté par le conseil d'administration de l'établissement et qui est présenté à la page 200 est déficitaire.	2017-2018	0520 Commentaire	L'équilibre budgétaire a été atteint au 31 mars 2022.	0600 Régulé
Question 5 - L'établissement a versé des primes de soins critiques à des infirmières du Centre antipoison qui ne correspondaient pas aux services prévus dans les conventions collectives nationales.	2017-2018	0520 Commentaire	L'établissement a versé des primes de soins critiques aux infirmières du Centre antipoison du Québec, service qui n'est pas dans la liste des services prévus aux dispositions nationales. L'établissement a poursuivi une pratique approuvée par le CA d'un ancien établissement.	0620 Non réglé

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 2022
1	2	3	4	5

Rapport à la gouvernance

C-1 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place un cadre de référence ou une politique concernant les allocations directes pour le maintien à domicile, de s'assurer de son application et de s'assurer de sa révision périodique.	2017-2018	0520 Commentaire	En continuité aux actions posées 2020-2021, l'Établissement a, au cours de l'année 2021-2022, implanté un contrôle pour s'assurer de l'application du cadre de référence concernant les allocations directes pour le maintien à domicile. L'Établissement devra continuer de s'assurer de l'application de la politique au cours des prochains exercices car des écarts d'application de la politique ont été constatés au cours de l'exercice.	0610 Partiellement réglé
C-2 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place un processus d'analyse des factures en temps opportun afin de valider si les coûts respectent les critères de capitalisation et de procéder aux reclassements, s'il y a lieu.	2017-2018	0520 Commentaire	En continuité aux actions posées 2020-2021, l'Établissement a, au cours de l'année 2021-2022, effectué des travaux avec le MSSS pour régulariser la comptabilisation des actifs d'intérêt commun en temps opportun.	0600 Régulé
C-3 - Nous recommandons au CIUSSSCN de mettre en place et d'appliquer une procédure formelle et documentée de la gestion des accès pour l'application SIRTF.	2018-2019	0520 Commentaire	En continuité aux actions posées 2020-2021, l'Établissement a, au cours de l'année 2021-2022, continué à optimiser son processus de gestion des accès en revisant les divers groupes d'accès à l'application SIRTF. Cependant, quelques améliorations doivent être effectuées au cours de l'année 2022-2023.	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	Sans objet	Sans objet
8 Nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23. ³	0	Sans objet	Sans objet

¹ Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

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

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

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 selon deux principaux modes de financement. Le premier mode soutient la mission globale des organismes communautaires œuvrant principalement dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il s'agit du pourcentage le plus important de l'enveloppe budgétaire.

Le second mode de financement, sous forme d'ententes pour activité spécifique, vise l'atteinte d'objectifs sociaux et de santé spécifiques, tels que 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 organismes communautaires qui œuvrent principalement dans le domaine de la santé et des services sociaux qu'aux organismes associés. Ces ententes peuvent aussi viser des organismes dont le financement de la mission globale relève d'un autre ministère.

Pour ces deux modes de financement, un montant de 61 306 205 \$, incluant une indexation de 1,6 %, a été accordé pour l'année 2021-2022 dans la région. Les tableaux ci-dessous offrent un aperçu des 278 organismes financés, soit 246 organismes soutenus en mission globale, dont 26 points de service associés à des organismes déjà existants, et 32 en activité spécifique.

En 2021-2022, après un moratoire d'une année, 23 organismes ont déposé une demande d'admissibilité au PSOC. De ce nombre, 3 points de services ont été admis.

En cours d'année, un montant de 1 095 505 \$, accordé par le MSSS afin de rehausser le financement du PSOC, a permis à 185 organismes de la région (75 % des organismes, 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.

Il existe d'autres modes de financement des organismes communautaires, hors-PSOC, permettant d'offrir un soutien dans le cadre d'ententes de services et de projets ponctuels. Ces modes de financement représentent un total de 8 314 363 \$ pour l'année 2021-2022. Certains organismes communautaires 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 organismes communautaires de la région de Québec*. Le comité de mise en application de cette politique (CMAP) est une instance locale composée de deux représentants d'organismes communautaires désignés par le Regroupement des organismes communautaires de la Capitale-Nationale (ROC 03) et de représentants du CIUSSS.

Le mandat du CMAP consiste à proposer au CA du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

- Un avis sur l'acceptation ou le refus des demandes de reconnaissance ou sur le retrait de la reconnaissance d'un organisme;
- Des avenues de solutions dans le cas où les organismes communautaires se retrouveraient dans des situations litigieuses;
- Des critères de priorisation pour la répartition de l'enveloppe budgétaire allouée au financement de la mission des organismes communautaires.

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

Les organismes communautaires financés par le 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 lors de l'assemblée générale annuelle de l'organisation communautaire;
- Un rapport d'activité détaillé, également présenté lors de l'assemblée générale annuelle de l'organisation communautaire;
- 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. Cette démarche comprend :

- 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, ou par d'autres modes de financement, se fait par une collaboration entre l'équipe de soutien aux organismes communautaires 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.

Pandémie de COVID-19

Outre la gestion de l'attribution et du suivi de plusieurs fonds d'urgence, l'équipe du PSOC a été fortement sollicitée afin d'offrir, depuis le début de la crise sanitaire, un soutien à l'ensemble des organismes du territoire de la Capitale-Nationale.

En collaboration avec le comité tactique de sécurité civile du CIUSSS de la Capitale-Nationale et plusieurs directions de l'établissement, de nombreuses actions ont été mises en œuvre pour l'approvisionnement en équipement de protection individuelle, le partage de directives ministérielles, la réponse aux préoccupations et aux questions des responsables d'organismes, les soutiens logistique et psychosocial en situation d'éclosion, la concertation avec les regroupements sectoriels d'organismes afin d'ajuster l'offre de services du CIUSSS de la Capitale-Nationale face à l'émergence des besoins des partenaires du milieu communautaire.

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Programme de soutien aux organismes communautaires	Subvention 2021-2022 \$
Financement accordé en	
Mission globale	48 762 322
Activités spécifiques	7 650 708
Financement accordé hors PSOC	8 137 887
Financement accordé en aide d'urgence COVID-19 (97 organismes)	307 465

NOMBRE D'ORGANISMES FINANCÉS PAR LE PSOC EN 2021-2022

Mission globale	220
Activité spécifique	32
Points de service	26
Total	278

12.2

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

Organisme communautaire	2020-2021 \$	2021-2022 \$
Action bénévole de Saint-Basile inc.	5 855	5 949
Adaptavie inc.	130 800	137 893
Aide à la communauté et services à domicile	52 691	53 534
Aidons-Lait	92 128	99 467
Albatros Québec	75 131	83 703
Allaitement Québec	92 128	99 467
Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement (AGIR en santé mentale)	77 862	79 108
Alternative jeunesse Mont-Sainte-Anne	114 126	125 23
Amarrage (L')	449 916	476 469
Amicale Alfa de Québec	114 127	125 237
Ancrage de l'Isle-aux-Coudres (L')	96 360	106 352
Arc-en-ciel Organisme communautaire en santé mentale et points de service de Saint-Casimir, Saint-Raymond	835 323	860 293
Arche L'Étoile inc. (L')	478 175	485 826
Archipel d'entraide (L')	331 390	345 751
Association Alti	114 495	116 327
Association bénévole Côte de Beaupré	183 872	191 814
Association Bénévole de l'Île-d'Orléans (L')	94 952	102 190
Association canadienne pour la santé mentale (région de Québec) inc.	170 325	180 891
Association de fibromyalgie — région de Québec	92 128	99 467
Association des grands brûlés (L') F.L.A.M.	210 958	214 333
Association des handicapés respiratoires de Québec (1984) inc.	46 766	47 514

Organisme communautaire	2020-2021 \$	2021-2022 \$
Association des personnes avec une déficience de l'audition	113 488	120 304
Association des personnes handicapées de Charlesbourg	134 084	139 444
Association des personnes handicapées de Charlevoix inc.	102 143	109 123
Association des personnes handicapées de Portneuf	107 645	114 428
Association des personnes intéressées à l'aphasie et à l'accident vasculaire cérébral (APIA-AVC) — ARTÈRE	102 541	109 507
Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec (03)	119 427	129 453
Association des proches aidants de la Capitale-Nationale	107 128	98 690
Association des Sourds de Québec inc.	16 903	17 173
Association des T.C.C. des deux rives (L') (Québec — Chaudière-Appalaches)	102 541	109 507
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A.) Québec Métro (03-12) inc.	116 995	123 867
Association pour l'intégration sociale (L') (Région de Québec)	107 645	114 428
Association Y.W.C.A. de Québec	578 299	1 209 829
Atelier de la mezzanine	169 398	172 108
Autisme Québec	174 609	178 603
AutonHommie (L), Centre de ressources sur la condition masculine (Québec) inc.	335 385	339 984
Auto-Psy (région de Québec)	184 479	193 960
Autre avenue (L), organisme de justice alternative — Équijustice	687 679	698 682
Baratte (La) —La Belle Visite	54 931	55 810
Bénévolat Michel Sarrazin	86 255	93 804
Bénévolat Saint-Sacrement inc.	128 777	130 837
Boussole (La), Regroupement des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale	392 905	400 024
Butineuse de Vanier inc. (La)	104 904	111 785
C.E.R.F. Volant de Portneuf inc.	13 742	13 962
Cabanon (Le) Maison des jeunes de Lac-Beauport	130 611	141 131
Café rencontre du Centre-Ville (Québec) inc.	114 126	115 952
CALACS de Charlevoix	348 625	354 203

Organisme communautaire	2020-2021 \$	2021-2022 \$
Carrefour de l'Amitié Charlesbourg	139 975	142 215
Carrefour des proches aidants de Québec	139 483	146 715
Carrefour familial des personnes handicapées	156 362	161 354
Centre Bonne-Entente	169 705	172 420
Centre CASA (1997)	182 559	191 218
Centre Communautaire l'Amitié inc. (Le)	257 207	269 263
Centre communautaire Pro-Santé inc.	199 813	208 010
Centre d'action bénévole Aide 23	183 819	191 760
Centre d'action bénévole de Charlevoix	183 851	191 793
Centre d'action bénévole de Québec	142 773	145 057
Centre d'action bénévole du Contrefort	183 877	191 819
Centre de crise de Québec	2 685 707	2 728 677
Centre de jour Feu Vert inc. et points de service de Beauport, Sainte-Brigitte-de-Laval	387 581	414 705
Centre de jour L'Envol inc.	152 811	175 147
Centre de parrainage civique de Québec inc. (Le)	149 814	61 990
Centre de prévention du suicide C.P.S.	935 662	951 466
Centre de prévention du suicide de Charlevoix et point de service Baie-Saint-Paul	280 054	287 401
Centre de traitement des dépendances Le Rucher	272 336	281 693
Centre d'entraide du trouble affectif bipolaire de Québec	170 221	182 169
Centre d'entraide Émotions	139 728	152 696
Centre des femmes de Charlevoix	240 126	248 968
Centre des femmes de la Basse-Ville (Le)	262 468	271 667
Centre femmes aux 3 A de Québec inc.	259 376	268 526
Centre femmes de Portneuf	102 541	109 507
Centre international des femmes, Québec	222 408	230 967
Centre Multi-Services 16-30 ans La Source	52 704	53 547

Organisme communautaire	2020-2021 \$	2021-2022 \$
Centre résidentiel et communautaire Jacques-Cartier (Le)	164 827	174 121
Centre ressources pour femmes de Beauport (CRFB)	221 737	230 285
Centre Signes d'Espoir	249 210	253 197
Centre social de la Croix Blanche (région de Québec)	242 968	256 146
Centre-Femmes aux Plurielles	223 325	231 898
Centre-Femmes d'aujourd'hui	227 582	236 223
Centrespoir-Charlesbourg inc. (Le)	111 942	113 733
Centr'Hommes Charlevoix	98 128	99 467
Cercle Polaire (Le)	172 005	182 439
Chantelait	102 541	109 507
Club bon coeur des cardiaques de Charlevoix inc.	104 769	111 655
Club cardio-santé de Charlevoix inc.	102 541	109 507
Collectif d'accompagnement à l'accouchement (Le) « Les Accompagnantes »	143 339	150 632
Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap CAPVISH (Le)	106 600	108 306
Comité d'aide aux femmes sourdes de Québec	143 732	151 032
Comité de la popote de Clermont	8 239	8 371
Comité de volontariat de quartier Limoilou-Sud inc.	65 875	66 929
Comité de maison de chambres de Québec	25 000	
Comité Neuville se souvient	24 272	24 660
Comité Vas'y de Saint-Raymond	173 842	181 623
Communautés Solidaires	114 126	141 320
Contact-Aînés	70 131	78 883
Corporation d'animation L'Ouvre-Boîte du Quartier et point de service Place de la Rive	296 285	311 146
Corporation jeunesse l'Évasion l'Ormière	130 611	141 131
Courtepointe (La)	102 541	109 507
Croissance-Travail	1 018 532	1 035 662

Organisme communautaire	2020-2021 \$	2021-2022 \$
Cuisine collective Beauport	107 645	114 428
Demi-Lune	161 775	182 985
Diavie (ancien nom : Diabétiques de Québec [Les])	92 128	93 602
Dysphasie Québec	139 991	147 231
Entr'actes, Productions artistiques	145 470	152 798
Entraide Agapè	108 273	115 033
Entraide communautaire Le Halo (L')	183 825	191 766
Entraide des aînés de Sillery	90 705	92 156
Entraide du Faubourg inc.	246 358	250 300
Entraide jeunesse Québec	129 095	136 161
Entraide Les Saules inc. (L')	73 169	38 340
Entraide Naturo-Lait	92 128	99 467
Entraide Sainte-Foy	145 445	147 772
Épilepsie Section de Québec	92 127	99 466
Équipe bénévole de l'Institut (L')	32 547	33 068
ESPACE région de Québec	381 114	387 212
Évasion Saint-Pie X (L')	266 273	275 533
Éveil Charlevoisien (L') et point de service de Baie-Saint-Paul	455 810	471 176
Fondation de la greffe de moelle osseuse de l'Est du Québec	32 935	33 462
Forum Jeunesse Charlevoix Ouest et points de service Le Repère de la petite rivière Saint-François, Saint-Hilarion	386 227	408 007
Fraternité Sainte-Marie de Ville de Vanier inc. (La)	197 186	205 341
G.A.P.I. Groupe d'aide aux personnes impulsives (ayant des comportements violents)	503 054	632 148
Gîte Jeunesse inc. et point de service de Sainte-Foy	596 857	623 741
Grand chemin inc. (Le)	461 413	468 796
Grands frères et Grandes sœurs de Québec inc. (Les)	102 541	109 507
GRIS-Québec	113 269	120 946

Organisme communautaire	2020-2021 \$	2021-2022 \$
Groupe action jeunesse de Charlevoix et points de service de La Malbaie, Saint-Siméon, Saint-Aimé-des-Lacs	490 892	519 130
Laura Lémerveil	116 461	123 324
Libre Espace Côte-de-Beaupré inc.	152 811	175 147
Magnifique inc. (Le)	102 540	109 506
Mains de l'Espoir de Charlevoix inc. et point de service de Baie-Saint-Paul	219 625	230 989
Maison communautaire Missinak Ressource d'hébergement et de ressourcement pour femmes autochtones et leurs familles	740 419	932 562
Maison d'aide Villa Saint-Léonard	185 556	188 525
Maison de Job	283 669	293 215
Maison de la famille DAC (Droit d'accès Charlesbourg)	42 599	43 281
Maison de la famille D.V.S. (La)	416 369	33 508
Maison de la famille de Charlevoix	32 980	423 031
Maison de Lauberivière, aide aux adultes en difficulté	397 417	413 579
Maison de Marthe (La)	54 495	63 182
Maison d'entraide l'Arc-en-ciel inc.	198 830	207 011
Maison des femmes de Québec (La)	899 613	1 057 023
Maison des jeunes « La Marginale » inc. (La) et point de service L'Entre-Ados	271 131	286 825
Maison des jeunes de Beauport Est et point de service L'Aventurier de Montmorency	274 025	289 616
Maison des jeunes de Beauport Ouest et point de service L'Alibi de Cambert	270 604	286 318
Milieu de vie inclusif pour les 12 à 25 ans, Le Para-chute (Anciennement : Maison des jeunes de Boischâtel)	143 642	153 695
Maison des jeunes de Cap-Rouge inc. (La)	157 120	166 691
Maison des jeunes de Duberger	130 611	141 131
Maison des jeunes de L'Ancienne-Lorette	145 803	155 779
Maison des jeunes de l'Île d'Orléans et point de service de Saint-Pierre	239 737	256 556
Maison des jeunes de Neuville	130 611	141 131
Maison des jeunes de Notre-Dame-des-Monts (La)	130 611	141 131
Maison des jeunes de Pont-Rouge 125 inc. (La)	130 611	141 131

Organisme communautaire	2020-2021 \$	2021-2022 \$
Maison des jeunes de Saint-André de Neufchâtel (La)	130 611	141 131
Maison des jeunes de Saint-Augustin-de-Desmaures inc. (La) et point de service L'illusion	239 737	256 556
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-de-Laval	130 611	141 131
Maison des jeunes de Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	130 611	141 131
Maison des jeunes de Saint-Émile	114 126	125 236
Maison des jeunes de Saint-Ferréol-les-Neiges et point de service La Zone	223 252	240 661
Maison des jeunes de Saint-Raymond inc. (La)	60 453	61 420
Maison des jeunes de Sillery inc. (La) — L'Élément inc.	130 610	141 130
Maison des jeunes de Wendake inc. (La)	89 574	91 007
Maison des jeunes du Lac-Saint-Charles inc.	145 416	155 406
Maison des jeunes du quartier Saint-Jean-Baptiste (La)	188 081	196 542
Maison des jeunes La Baraque des Éboulements	130 611	141 131
Maison des jeunes La Parenthèse (La)	164 436	173 745
Maison des jeunes l'Atôme	130 611	141 131
Maison des jeunes L'Envol de Sainte-Foy inc.	163 299	172 648
Maison des jeunes l'Escapade de Val-Bélair	193 895	196 997
Maison des jeunes l'Exode de Limoilou (La)	161 293	170 714
Maison des jeunes l'Intégrale inc. (La) et points de service Thuyas, Sud	3 820 337	404 256
Maison du cœur pour femmes	832 855	1 061 163
Maison Hélène-Lacroix	857 530	1 163 938
Maison La Montée (La)	854 017	1 014 822
Maison l'Éclaircie	325 951	331 999
Maison Marie-Frédéric	436 312	451 081
Maison Marie-Rollet	936 509	1 214 371
Maison Oxygène Vers l'Autonomie	229 950	233 629
Maison pour femmes immigrantes	924 433	1 083 068

Organisme communautaire	2020-2021 \$	2021-2022 \$
Maison Richelieu Hébergement Jeunesse inc.	456 673	470 713
Mamie-Lait	92 128	99 467
Marée (La) Regroupement des parents & amis de la personne atteinte de maladie mentale et point de service de Baie-Saint-Paul	303 162	314 771
Mères et monde Centre communautaire et résidentiel par et pour jeunes mères	140 815	150 969
Mieux-Être des Immigrants (Le)	102 541	109 507
Mirépi, Maison d'hébergement inc.	896 525	1 366 209
Moisson Québec inc.	106 448	113 274
Mouvement des services à la communauté du Cap-Rouge inc.	107 678	114 460
Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-sida à Québec (MIELS-Québec)	653 382	663 836
Odyssée Bleue inc. (L')	114 126	141 291
Œuvres de la Maison Dauphine inc. (Les)	250 274	259 278
Organisation communautaire d'écoute et d'aide naturelle (OCÉAN)	182 360	191 982
Organisation pour la santé mentale oeuvrant à la sensibilisation et à l'entraide (O.S.M.O.S.E.)	137 202	150 368
Organisation québécoise des personnes atteintes du cancer (1984) inc.	130 369	140 898
Parents-Espoir	102 540	118 731
Parkinson région Québec Chaudière-Appalaches	92 128	93 602
Passage (Le), Centre de thérapie familiale en toxicomanie	102 541	109 507
Pavois (Le) Programme d'activités valorisantes offrant interaction et soutien	945 111	961 066
Pavois de Loretteville (Le)	121 481	123 425
Pavois de Sainte-Foy (Le)	166 094	168 752
Perséides, soutien au deuil périnatal (Les)	102 541	118 732
Petit Répît (Le)	39 609	40 243
Pilier Jeunesse — Maison des jeunes de Les Saules et de Lebourgneuf inc. (La) et point de service Le Rado de Lebourgneuf	285 206	300 396
Piolet (Le)	135 715	146 052
Point de Repères (1990) inc.	501 997	510 029
Popote de Charlesbourg (La)	81 920	83 231

Organisme communautaire	2020-2021 \$	2021-2022 \$
Popote et Multi-Services	163 741	166 361
Popote Roulante Laval inc.	28 947	29 410
Présence-Famille Saint-Augustin	107 645	114 428
Programme d'encadrement clinique et d'hébergement P.E.C.H.	1 241 342	1 261 203
Projet L.U.N.E.	144 300	248 856
Projet-Intervention-Prostitution Québec inc.	224 838	233 435
Regroupement action prévention jeunesse des Laurentides	150 205	160 023
Regroupement des Aînés de Saint-Émile	9 661	9 816
Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix)	19 975	20 295
Regroupement des organismes communautaires de la région 03	256 030	260 126
Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03 (ROP 03)	18 062	18 351
Regroupement des personnes handicapées visuelles (régions 03-12)	160 225	167 789
Regroupement des stomisés Québec-Lévis inc.	26 157	26 576
Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec inc.	59 994	60 954
Regroupement pour l'intégration sociale de Charlevoix	106 298	113 130
Relais d'Espérance	135 715	146 052
Relais la Chaumine inc.	304 308	310 010
Relevailles Québec	260 889	164 194
Résidence Le Portail	285 686	295 257
Ressource Génésis Charlevoix inc.	114 126	125 236
Ressources familiales La Vieille caserne de Montmorency	102 541	109 507
Ruche Vanier inc. (La)	116 461	123 324
S.O.S. Grossesse	105 093	111 967
SAIRAH Service d'autonomisation, d'intégration et de réadaptation aux adultes ayant un handicap inc.	83 491	84 827
Service Amical Basse-Ville inc.	256 038	265 135
Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (S.A.A.I.)	133 881	141 023

Organisme communautaire	2020-2021 \$	2021-2022 \$
Service d'aide communautaire de Charlevoix-Est	97 228	104 385
Service d'entraide Basse-Ville inc.	164 722	167 358
Service d'entraide communautaire Rayon de Soleil	126 343	128 364
Service d'Entraide l'Espoir (Québec)	147 637	170 623
Service d'entraide Rocamadour	144 317	146 626
Service familial d'accompagnement supervisé	65 635	66 685
Service pour hommes impulsifs et colériques de Charlevoix et point de service de Baie-Saint-Paul	369 757	444 653
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	153 333	113 925
Services TDAH & + (Ancien nom : Association PANDA Capitale-Nationale)	138 650	145 868
Sexplique	128 857	135 919
Société Alzheimer de Québec (La) et point de service de Charlevoix	222 050	225 603
Société de Saint-Vincent de Paul de Québec (La)	43 897	44 599
Société Grand Village inc. (La)	10 495	10 663
Solidarité Familles	135 715	146 052
SQUAT Basse-Ville	350 091	367 948
Tel-Aide Québec inc.	143 424	156 102
Trame d'actions et d'initiatives concertées (T.R.A.I.C.) jeunesse	200 636	208 846
TRIP Jeunesse Beauport	135 715	146 052
Unité Domrémy de Clermont inc.	104 915	116 356
Verger (Le), centre communautaire en santé mentale	141 896	154 693
Violence Info	260 561	239 330
Viol-Secours	827 907	841 154
Vision d'Espoir de Sobriété	143 337	153 401
TOTAL	56 413 030	61 306 205

ANNEXE 1

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	96
Section 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES	96
Section 2 PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	99
Section 3 CONFLIT D'INTÉRÊTS	102
Section 4 APPLICATION	103
Annexe I Engagement et affirmation du membre	109
Annexe II Avis de bris du statut d'indépendance	110
Annexe III Déclaration des intérêts du membre	111
Annexe IV Déclaration des intérêts du président-directeur général	112
Annexe V Déclaration de conflit d'intérêts	113
Annexe VI Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	114
Annexe VII Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	115

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 