



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

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2016-2017



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

Dépôt légal : 2017
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-79493-6 (PDF)

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

RAPPORT ANNUEL

DE GESTION

2016-2017

TABLE DES MATIÈRES

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS.....	11
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	12
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	13
3.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES	17
3.1.1 Conseil d'administration	17
3.1.1.1 Code de déontologie.....	18
3.1.2 Comité de vigilance et de la qualité.....	18
3.1.3 Comité de gestion des risques	19
3.1.4 Comité de gouvernance et d'éthique	23
3.1.5 Comité de vérification	24
3.1.6 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	25
3.1.7 Comité d'examen des titres	27
3.1.8 Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique	27
3.1.9 Comité de pharmacologie	28
3.1.10 Comité régional des services pharmaceutiques.....	29
3.1.11 Comité de direction du département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale	31
3.1.12 Conseil des infirmières et des infirmiers	32
3.1.13 Conseil multidisciplinaire	33
3.1.14 Comité des ressources humaines.....	34
3.1.15 Conseil des sages-femmes.....	35
3.1.16 Comité consultatif du Jeffery Hale – Saint Brigid's	36
3.2 LES FAITS SAILLANTS	38
3.2.1 Direction de la qualité de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE).....	38
3.2.1.1 Bureau de partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique (BPUE).....	38
3.2.1.2 Unité de gestion et de suivi de l'information.....	38
3.2.1.3 Amélioration continue de la performance	38
3.2.1.4 Soutien à l'amélioration continue de la qualité des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) du Québec	39
3.2.1.5 Équipe de coordination de sécurité civile et des mesures d'urgence.....	39
3.2.1.6 Équipe de suivi de la qualité des services et de la gestion des ressources (ressource intermédiaire, ressource de type familial, résidence privée pour aînés, résidence d'hébergement en dépendance).....	39
3.2.1.7 Processus d'amélioration continue.....	39
3.2.1.8 Ouverture de places en ressources intermédiaires pour personnes âgées.....	40
3.2.1.9 Déploiement de la formation sur le cadre de référence RI-RTF	40
3.2.1.10 Comité local de concertation	40
3.2.1.11 Comité local de formation	40
3.2.1.12 Mise en place du suivi de la qualité et optimisation du processus de certification des résidences pour personnes âgées (RPA)	40
3.2.1.13 Mise en place du nouveau règlement s'appliquant aux ressources d'hébergement en dépendance (RHD)	40

3.2.1.14 Communications entre l'établissement et les ressources RI-RTF-RPA-RHD	40
3.2.1.15 Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.1 LSSSS).....	40
3.2.2 Direction des ressources humaines et des communications (DRHC)	41
3.2.2.1 Direction adjointe du développement organisationnel et du soutien à la transformation.....	41
3.2.2.2 Direction adjointe des communications	41
3.2.2.3 Direction adjointe des relations de travail, des conditions de travail des cadres et de la gestion intégrée de la présence au travail	42
3.2.2.4 Santé organisationnelle.....	42
3.2.2.5 Recrutement	42
3.2.3 Direction des affaires juridiques et institutionnelles (DAJI)	42
3.2.3.1 Faits marquants	42
3.2.4 Direction des ressources financières (DRF).....	43
3.2.5 Direction de santé publique (DSPu)	43
3.2.5.1 Surveillance.....	44
3.2.5.2 Santé environnementale.....	44
3.2.5.3 Santé au travail	44
3.2.5.4 Prévention des maladies infectieuses et protection contre ces maladies	44
3.2.5.5 Promotion de la santé et de la prévention	45
3.2.5.6 Projet « Dépanneurs – Des aliments sains, accessibles pour tous ! »	45
3.2.5.7 Révision du cadre de référence 2016-2020 des tables d'actions préventives jeunesse.....	45
3.2.6 Direction du programme Jeunesse (DJ).....	45
3.2.6.1 Atteinte de la cible en jeunesse concernant l'accès en 24 à 72 heures aux services de l'équipe d'intervention brève – crise famille-jeunesse.....	45
3.2.6.2 Axe première ligne : premiers services psychosociaux offerts dans les délais prescrits.....	46
3.2.6.3 Implantation du programme Élan famille en négligence dans le continuum de services intégrés jeunes en difficulté.....	46
3.2.6.4 Optimisation et harmonisation de l'offre de service en orthophonie pour la population des enfants âgés de moins de 4 ans.....	46
3.2.6.5 Santé mentale des jeunes : projet de médiation artistique.....	47
3.2.6.6 Amélioration de l'accès aux services pour les familles dont un parent est atteint d'un trouble mental dans le cadre du projet HoPE	47
3.2.6.7 Optimisation et harmonisation de l'offre de service en périnatalité	47
3.2.7 Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).....	48
3.2.7.1 Prévention de l'escalade de comportements suicidaires en internat.....	48
3.2.7.2 Prévention et réduction des actes de violence chez les adolescents contrevenants mis sous garde et présentant un problème de santé mentale.....	48
3.2.7.3 Qualification de l'intervention auprès des jeunes fugueurs	48
3.2.7.4 Secteur accueil-évaluation-orientation	48
3.2.8 Direction des programmes Santé mentale et Dépendances.....	49
3.2.8.1 Principaux travaux entrepris	49
3.2.8.2 Réalisations	49
3.2.8.3 Lutte à la stigmatisation.....	50
3.2.9 Direction des programmes Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique (DI-TSA-DP).....	50
3.2.9.1 Priorités	50
3.2.9.2 Projet pilote de réadaptation à la suite d'une réimplantation.....	51
3.2.9.3 Implant cochléaire.....	51

3.2.9.4	Consortiums de services en traumatologie et pour les victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC)	51
3.2.10	Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)	51
3.2.10.1	Développement des services	51
3.2.10.2	Soutien à domicile	51
3.2.10.3	Nouvelle vision des services gériatriques	52
3.2.11	Direction des services multidisciplinaires (DSM)	52
3.2.11.1	Vers une meilleure accessibilité aux services	52
3.2.11.2	Sécurité civile	52
3.2.11.3	Bénévolat et soins spirituels	52
3.2.11.4	Collaborations fructueuses	52
3.2.12	Direction des services professionnels (DSP)	53
3.2.12.1	Accès priorisé aux services spécialisés (APSS) et centre de répartition des demandes de services (CRDS)	53
3.2.12.2	Optilab	53
3.2.12.3	Réorganisation des services spécialisés et des services diagnostiques	53
3.2.12.4	Rehaussement des unités endoscopiques	53
3.2.12.5	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO)	54
3.2.12.6	Portfolio des services de médecine	54
3.2.12.7	Gouvernance médicale	54
3.2.12.8	Programme de cancérologie	54
3.2.12.9	Nouvelle approche en traumatologie	55
3.2.12.10	Centre de formation paramédicale	55
3.2.12.11	Centre de communication santé des Capitales	55
3.2.13	Direction des soins infirmiers (DSI)	55
3.2.13.1	Faits saillants	55
3.2.14	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU)	56
3.2.14.1	Groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U)	56
3.2.14.2	Enseignement et affaires universitaires	56
3.2.15	Direction de la recherche (DR)	57
3.2.15.1	Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)	58
3.2.15.2	Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL)	58
3.2.15.3	Centre de recherche CERVO	59
3.2.15.4	Centre de recherche du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CRCJQ-IU)	60
3.2.16	Direction des services techniques (DST)	60
3.2.16.1	Harmonisation et la standardisation des processus	60
3.2.16.2	Optimisation des espaces	60
3.2.16.3	Projets immobiliers	61
3.2.17	Direction de la logistique (DL)	61
3.2.17.1	Guichet logistique	61
3.2.17.2	Offre de service en transport sécurisé	61
3.2.17.3	Harmonisation de l'offre alimentaire	61
3.2.17.4	Amélioration de la sécurité alimentaire pour les régions de Portneuf et de Charlevoix	61
3.2.17.5	Politique de gestion des stationnements	62
3.2.17.6	Parc des aides techniques	62
3.2.17.7	Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM)	62

3.2.17.8 Harmonisation des familles de produits en approvisionnement	62
3.2.17.9 Carte d'identité et accès	62
3.2.18 Direction des ressources informationnelles (DRI).....	62
3.2.18.1 Intégration	62
3.2.18.2 Projets de migration.....	63
3.2.18.3 Sécurité de l'information	63
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	64
4.1 LE PROCESSUS.....	64
4.2 LES ATTENTES SPÉCIFIQUES (CHAPITRE III).....	65
Section I : Santé publique (DGSP).....	65
Section II : Services sociaux (DGSS)	65
Section III : Services de santé et de médecine universitaire (DGSSMU).....	66
Section IV : Financement, infrastructures et budget (DGFIB).....	67
Section V : Coordination réseau et ministérielle (DGCRM).....	67
Section VI : Planification, évaluation et qualité (DGPEQ)	68
Section VII : Technologies de l'information (DGTI).....	69
4.3 LES ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	69
4.3.1 Indicateurs du plan stratégique 2015-2020.....	69
4.3.1.1 Prévention des infections	69
4.3.1.2 Première ligne et urgence – accessibilité.....	70
4.3.1.3 Première ligne et urgence	70
4.3.1.4 Services spécialisés.....	71
4.3.1.5 Sécurité et pertinence.....	73
4.3.1.6 Personnes âgées.....	74
4.3.1.7 Personnes vulnérables.....	76
4.3.1.8 Mobilisation du personnel.....	77
4.4 LES INDICATEURS DE L'ENTENTE DE GESTION 2.....	79
4.4.1 Santé publique	79
4.4.2 Services généraux – activités cliniques et d'aide.....	80
4.4.3 Services généraux – soutien à l'autonomie des personnes âgées	81
4.4.4 Déficiences.....	81
4.4.5 Dépendances	83
4.4.6 Santé mentale.....	83
4.4.7 Santé physique - Cancérologie.....	84
4.4.8 Ressources matérielles	84
4.4.9 Ressources technologiques	84
5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....	85
5.1 L'AGRÉMENT	85
5.2 LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	85

5.2.1	Recommandations du coroner	86
5.2.2	Protecteur du citoyen	86
5.3	LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT	86
5.4	L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS	88
5.4.1	Dossiers conclus	88
5.4.2	Motifs de plainte	89
5.4.3	Motifs d'intervention	89
5.4.4	Portrait des dossiers de plaintes médicales reçues	90
5.5	L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION	91
6.	L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	92
7.	LES RESSOURCES HUMAINES	93
8.	LES RESSOURCES FINANCIÈRES	96
8.1	LES ÉTATS FINANCIERS	96
8.1.1	Rapport de la direction	97
8.1.2	Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers	102
8.1.3	Résultats financiers	105
8.1.4	Sommes reçues par dons, legs et autres formes de contributions	111
8.1.5	Notes complémentaires aux états financiers	111
8.2	L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE	111
8.3	LES CONTRATS DE SERVICES	111
8.4	LES CHARGES ENCOURUES PAR PROGRAMME ET SERVICE	112
9.	L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES	122
10.	LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	127
10.1	LES SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	127
10.2	LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	128
ANNEXE I : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION		148
ANNEXE II : LES SOMMES REÇUES PAR DONN, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS		171
ANNEXE III : LES NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ÉTATS FINANCIERS		172

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale est fier de vous présenter son rapport annuel de gestion et d'imputabilité 2016-2017. Ce second rapport, depuis la mise en place de l'établissement, est l'occasion de faire le bilan de ce qui a été marquant ces douze derniers mois.

Une transformation propice à l'amélioration des services

Nous sommes très satisfaits de tout le travail réalisé par les professionnels de la santé et tout le personnel qui ont à cœur les soins et les services offerts aux usagers. En contexte de transformation, nous avons accordé une attention particulière à la qualité des soins et des services pour répondre aux attentes très légitimes de la population.

Nous avons maintenu l'ensemble de notre offre de service et, dans certains cas, nous l'avons améliorée. Ainsi, nous avons investi dans les centres d'hébergement et bonifié l'accessibilité des services de proximité.

La mise en place du Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique constitue également une belle réussite. Nous pouvons compter sur cette structure pour inciter l'utilisateur et ses proches à participer à nos processus d'amélioration pour que nous puissions tenir compte de leur expérience vécue.

Une organisation innovante centrée sur le développement du potentiel humain

Nous avons été en mesure de poursuivre la transformation des services tout en assurant une saine gestion de nos ressources humaines, matérielles et financières. L'organisation a rigoureusement suivi ses indicateurs de gestion de manière à apporter les correctifs qui s'imposaient en cours d'année.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a procédé à une vaste consultation qui l'a conduit à définir sa mission, sa vision et ses valeurs. Il a aussi fait la promotion de ses orientations

en matière de civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail. L'établissement a poursuivi la démarche Entreprise en santé par laquelle il témoigne de l'importance qu'il accorde à la santé individuelle de son personnel et à celle de l'organisation.

Une organisation renommée

En plus d'être reconnu comme centre intégré universitaire pour l'excellence de ses soins et de ses services, l'établissement jouit d'un rayonnement régional, provincial et même international par la qualité et l'étendue des activités de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires et par le haut calibre des travaux réalisés à la Direction de la recherche.

Les défis de l'amélioration continue

L'établissement a aussi poursuivi sa transformation interne en instaurant une approche Lean. Celle-ci permet une plus grande efficacité dans nos trajectoires de soins et de services au profit des usagers.

La préparation de la première visite d'Agrément Canada nous a permis de dresser un portrait de nos forces et d'identifier les défis à venir. Le rapport des évaluateurs nous permettra d'amorcer les plans d'action pour poursuivre notre démarche d'amélioration continue.

Après seulement deux années d'existence, il reste de nombreux défis à relever, des problèmes auxquels il faut trouver des solutions durables, tels que l'importante pénurie de main-d'œuvre et les problèmes d'accessibilité aux services médicaux.

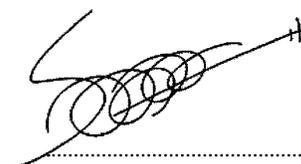
Nous tenons à remercier tout le personnel et les gestionnaires, les bénévoles, les membres du conseil d'administration, les familles des usagers, les stagiaires et les résidents en médecine, les partenaires de l'établissement de même que toutes les personnes qui participent à la mission d'excellence du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour la qualité du travail réalisé cette année.

Le président-directeur général,



Michel Delamarre

Le président du conseil d'administration,



Simon Lemay

2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2016-2017 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2017.

Le président-directeur général,



.....
Michel Delamarre

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

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

Un vaste territoire et une population diversifiée

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale dessert les milieux ruraux et urbains des régions de Charlevoix, de Québec et de Portneuf; 17 % de la population est âgée de 0 à 17 ans et 19 %, de 65 ans et plus.

Il répond aux besoins de 737 000 citoyens résidant sur un territoire de 18 623 km² :

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

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

Sa mission

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

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

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

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

Sa vision

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

Ses valeurs

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

Bienveillance

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

Respect

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

Collaboration

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

Responsabilisation

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

Audace

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

Ses caractéristiques

- Est l'établissement qui compte le plus grand nombre d'employés (16 000) en santé et en services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Constitue un réseau d'excellence en soins de santé et 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.
- Collabore avec treize 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 1,3 G\$.

Ses ressources humaines

Des personnes engagées et compétentes

- Plus de 16 000 employés, dont 550 gestionnaires répartis dans 21 directions
- 5487 stagiaires
- 960 médecins
- 291 chercheurs
- 89 pharmaciens
- 18 sages-femmes
- 15 dentistes
- Et des centaines de bénévoles

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

Des soins et des services de proximité

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

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale vise :

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

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

- 11 ateliers de travail ;
- 33 centres d'activités de jour ;
- 3 centres de réadaptation ;
- 30 centres d'hébergement de soins de longue durée ;
- 6 centres hospitaliers (CH) ;
- 28 centres locaux de services communautaires (CLSC) ;
- 8 foyers de groupe ;
- 30 groupes de médecine de famille (GMF) ;
- 4 instituts universitaires et 4 centres de recherche ;
- 1 maison de naissance ;
- 28 plateaux de travail ;
- 19 résidences à assistance continue (pour les usagers présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme) ;
- 161 résidences privées pour aînés (RPA) ;
- 13 ressources d'hébergement en dépendance et jeu pathologique (RHD) ;
- 744 ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF) ;
- 7 salles d'urgence en santé physique et 3 salles d'urgence en psychiatrie.

Exploitation des lits

Longue durée

- 2865 lits publics en centre d'hébergement de soins de longue durée
- 125 lits en soins de longue durée psychiatrique
- 571 lits en RI au soutien à l'autonomie des personnes âgées

Courte durée

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

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

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

3.1.1 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a mis en place le conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale le 1^{er} octobre 2015. Dès lors, des rencontres de travail se sont déroulées et plusieurs formations ont été organisées de manière à ce que les membres du conseil puissent s'approprier leur rôle de même que les responsabilités et les mandats dans le cadre de la création du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Le conseil d'administration a tenu huit séances régulières et cinq séances spéciales en 2016-2017.

Composition du conseil

Membres désignés

Mme Sylvie Charbonneau,
comité régional sur les services pharmaceutiques

Dre Suzie Lévesque,
conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Mme Marie-Christine Perron,
conseil des infirmières et infirmiers

M. Jean-Guy Rochefort,
conseil multidisciplinaire

M. Mario Alain,
représentant des fondations

Mme Véronique Vézina,
comité des usagers

M. Régnald Bergeron,
universités affiliées

Membres nommés

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

Mme Lucie Germain,
universités affiliées

Membres indépendants

M. Jean Brown,
compétence en ressources immobilières et informationnelles

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

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

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

M. Normand Julien,
expertise en réadaptation

M. Gilles Hamel,
département régional de médecine générale

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

Mme Line Plamondon,
expertise dans le domaine du communautaire

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

Mme Catherine Truchon,
expertise en réadaptation

Principaux sujets abordés lors des séances ordinaires

- Nominations, modifications de statuts et démissions de médecins
- Adoption de la Politique de la civilité, de prévention du harcèlement et de la violence au travail
- Adoption du Plan d'action régional de santé publique 2016-2020
- Adoption du plan directeur à l'égard des personnes handicapées
- Portrait de santé de la population de la Capitale-Nationale
- Politique sur la santé et le mieux-être des personnes au travail
- Bilan des résultats indicateurs de gestion
- Rapport sur la gestion des risques et la qualité

3.1.1.1 CODE DE DÉONTOLOGIE

En 2016-2017, aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale n'a été constaté.

Le *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration* se trouve à l'annexe I et peut être consulté à www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/code-dethique-et-de-deontologie-des-administrateurs-du-conseil-dadministration.

3.1.2 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Composition du comité

L'article 29 du Règlement sur la régie interne du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale prévoit l'institution du comité de vigilance et de la qualité et sa composition. Ainsi, le comité de vigilance et de la qualité a été institué dans la première année d'existence de notre organisation et est toujours composé de ses membres initiaux.

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

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

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

M. Normand Julien,
administrateur du conseil d'administration

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

Le comité de vigilance et de la qualité est soutenu par Mme Natalie Petitclerc, directrice générale adjointe, soutien, administration et performance.

Responsabilités générales

Le comité de vigilance est principalement responsable d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers, en matière de santé ou de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) ou de la Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

À l'exception des activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le comité de vigilance est

responsable de coordonner l'ensemble des activités des instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités relatives à la pertinence, à la qualité, à la sécurité ou à l'efficacité des services rendus dans l'établissement, au respect des droits des usagers ou au traitement de leur plainte, et d'assurer le suivi de leurs recommandations. Le comité de vigilance veille également à ce que le conseil d'administration s'acquitte, de façon efficace, de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment à l'égard de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services offerts dans l'établissement, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes, en conformité aux paragraphes 1 et 2 de l'article 172 de la LSSSS.

Mandat du comité

- Recevoir et analyser les rapports et les recommandations transmises au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes.
- Établir les liens systémiques entre ces rapports et ces recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler des recommandations au conseil d'administration.
- Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou à ces recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers.
- Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations que le comité de vigilance et de la qualité lui a faites dans l'exercice de ses fonctions.
- Favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes.
- Veiller à ce que la commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.
- Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes.

Réunions

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à six reprises au cours de l'année 2016-2017.

Bilan des actions

Mise en place des instances organisationnelles en gestion des risques

- Le comité a pris connaissance du règlement du comité de gestion des risques et a recommandé son adoption lors de la séance du conseil d'administration le 17 mai 2016.

Politique et règlement en gestion des risques

- Le comité a accepté la Politique de déclaration et de gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services et a recommandé son adoption lors de la séance du conseil le 17 mai 2016.
- Le comité a accepté le Règlement relatif à la divulgation des événements et a recommandé son adoption lors de la séance du conseil d'administration du 17 mai 2016.

Suivi du comité de gestion des risques

- Le comité a accepté le rapport annuel du comité de gestion des risques 2015-2016.
- Le comité a analysé les rapports trimestriels sur la gestion des risques et la qualité des services des périodes 10 à 13 de l'année 2015-2016 et 1 à 3, 4 à 6 et 7 à 9 de l'année 2016-2017.
- Le comité a reçu et analysé les rapports sur les fouilles et les saisies en centre de réadaptation.
- Le comité a reçu et analysé un rapport relatif aux déclarations des événements en RI-RTF.

Politique sur l'identification des usagers

- Le comité a accepté la Politique relative à l'identification des usagers.

Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique (BPUE)

- Le comité a pris connaissance des règles de fonctionnement du comité d'éthique clinique et de l'enseignement.
- Le comité a pris connaissance du modèle de partenariat avec l'utilisateur qui sera mis en place au CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Le comité a adopté le rapport annuel 2015-2016 du Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique.

Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services (BCPQS)

- Tel que le prévoit la LSSSS, le comité a analysé les rapports statutaires de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et s'est assuré de l'actualisation des suivis.

Conseils professionnels

- Le comité a rencontré l'ensemble des présidents des conseils professionnels pour discuter de leur rôle concernant la qualité ainsi que de leurs préoccupations et difficultés rencontrées.
- Le comité a assuré un suivi du dossier sur l'administration des médicaments aux usagers des programmes de Santé mentale et Dépendances.

Agrément

- Le comité a contribué, dans le cadre de la norme gouvernance, à l'ensemble des travaux préparatoires à la démarche d'agrément qui se tiendra en juin 2017.

Pour le comité de vigilance et de la qualité, cette deuxième année d'existence en fut une de consolidation. C'est avec diligence et rigueur qu'il a assumé ses responsabilités à l'égard de la qualité et de la sécurité des soins et des services offerts aux usagers. Soucieux d'implanter une culture de qualité, il s'est assuré de la convergence des différents mécanismes de qualité, notamment la gestion des risques, l'éthique, le BPUE et le BCPQS.

3.1.3 COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Composition du comité

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

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

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

Mme Micheline Boucher,
représentante des usagers

Mme Michèle Carrier,
pharmacienne, représentante du CMDP

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

Mme Barbara Dallaire,
coordonnatrice logistique

M. Patrick Duchesne,
directeur adjoint des services professionnels

Mme Sonia Dugal,
adjointe au directeur de santé publique

Mme Ghislaine Duranceau,
directrice du programme Jeunesse

Mme Sylvie Frenette,
directrice adjointe des services techniques

Mme Dominique Jobin,
directrice de la protection de la jeunesse

Mme Sylvie Laverdière,
directrice des programmes Santé mentale et
Dépendances

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

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

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

Mme Isabelle Simard, présidente,
directrice des services multidisciplinaires

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

M. Dominique Trépanier,
représentant du conseil multidisciplinaire

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

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

L'année 2016-2017 témoigne d'une légère hausse dans la déclaration des incidents et des accidents indésirables. L'entrée en vigueur de la Politique sur la gestion et la déclaration des événements indésirables a permis de venir baliser de façon claire et précise les rôles et les responsabilités des différents acteurs impliqués dans la gestion des risques et a ainsi contribué à cette augmentation du nombre de déclarations dans notre établissement.

RÉPARTITION DE LA GRAVITÉ DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES DÉCLARÉS EN 2016-2017

Directions	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I	Indéterminée	TOTAL
DI-TSA-DP	42	250	1414	970	752	170	3	–	–	1	3	3605
Jeunesse / DPJ	45	88	302	85	118	79	4	–	–	–	21	742
Logistique	–	1	5	–	–	–	–	–	–	–	–	6
Multidirections	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	1
Ressources informationnelles	2	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	3
Santé mentale et Dépendances	184	158	1075	805	409	115	13	1	1	6	3	2770
Santé physique	82	348	644	156	76	20	2	1	–	–	3	1332
Santé publique	–	4	3	1	2	–	–	–	–	–	–	10
SAPA	515	1555	8458	9216	3335	310	46	10	–	24	15	23484
Services multidisciplinaires	10	15	6	5	2	–	–	–	–	–	1	39
Services techniques	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1
TOTAL	881	2419	11909	11238	4694	694	68	12	1	31	46	31993
Pourcentage	2,8	7,6	37,2	35,1	14,7	2,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	

ÉCHELLE DE LA GRAVITÉ

A	Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur.	
B	Un événement indésirable est survenu, mais l'utilisateur n'a pas été touché (échappé belle).	
C	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur, sans lui causer de conséquence . Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière (ni premiers soins, ni surveillance, ni tests ou examens pour vérifier l'absence de conséquences, ni modification au plan d'intervention).	
D	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et des vérifications additionnelles (surveillance, tests ou examens physiques, modification au plan d'intervention, accompagnement) ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquences .	
E1	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées (premiers soins, pansement, glace, désinfection, manœuvre de Heimlich).	
E2	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, des services, des interventions ou des traitements spécialisés qui vont au-delà des services courants (R.X., consultation, examens de laboratoire), mais qui n'ont aucun impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins.	
F	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement .	
G	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques (altération, diminution ou perte de fonction d'autonomie).	
H	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardiorespiratoire).	
I	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès .	

Tel que le démontre le tableau suivant, les catégories des « Chutes et quasi-chutes » ainsi que les « Erreurs de médicament » constituent encore les prédominantes dans le portrait annuel des déclarations. Des plans d'action pour ces types d'événements sont en cours et les prochains mois nous permettront de procéder à l'évaluation des moyens mis en place et à l'ajustement des orientations, au besoin.

La préparation de l'agrément pour juin 2017

Afin de bien mener cette démarche, le comité d'amélioration continue de la qualité et de l'innovation a été mis en place. Cette instance, sous le leadership de la Direction adjointe de la qualité et de l'évaluation, a comme principale fonction d'assumer la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués dans les différentes étapes du processus. Elle est composée de représentants de l'ensemble des directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ce comité est permanent et permet d'atteindre les objectifs de suivi des étapes du cycle d'amélioration continue de la qualité.

Politiques et règlements

En mai 2016, entraient en vigueur la Politique de déclaration et de gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services et le Règlement relatif à la divulgation des événements. L'adoption de ces paramètres organisationnels et la diffusion de ceux-ci ont été des étapes importantes dans le développement de la gestion des risques dans notre établissement en transformation.

De plus, l'équipe de la gestion des risques et de la qualité a procédé à l'élaboration d'une procédure pour le déclenchement d'une démarche de plan d'action intégré. Cette procédure vise à définir de façon claire et précise les critères d'activation d'une telle mesure de suivi de la qualité et le contexte d'application du plan d'action qui sera déployé. D'autres travaux ayant pour objectif d'harmoniser les bases de données en gestion des risques des anciens établissements ont été menés, et ce, toujours dans une optique de fournir une donnée statistique de la meilleure qualité possible.

CATÉGORISATION DES ÉVÉNEMENTS SURVENUS EN 2016-2017

Directions	Chutes et quasi-chutes	Erreurs de médicament	Traitement Diète	Imagerie	Laboratoire	Retraitement des dispositifs médicaux	Matériel Bâtiment Equipement Effets personnels	Abus Agression Harcèlement	Autres types d'événements	TOTAL
DI-TSA-DP	335	1263	878	974	2	7	73	–	73	3605
Jeunesse / DPJ	16	353	107	176	–	28	33	–	29	742
Logistique	–	1	–	–	–	–	3	–	2	6
Multidirections	–	–	–	–	–	–	1	–	–	1
Ressources informationnelles	–	–	–	–	–	–	3	–	–	3
Santé mentale et Dépendances	103	743	711	1065	2	38	64	3	41	2770
Santé physique	–	173	163	596	23	182	41	1	153	1332
Santé publique	–	2	–	2	–	3	1	–	2	10
SAPA	591	3848	10645	6451	3	92	892	–	962	23484
Services multidisciplinaires	–	33	3	1	–	1	1	–	–	39
Services techniques	–	–	–	–	–	–	1	–	–	1
TOTAL	1045	6416	12507	9265	30	351	1113	4	1262	31993
Pourcentage	3,3	20,1	39,1	29,0	0,1	1,1	3,5	0,0	3,9	

3.1.4 COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Composition du comité

Le comité de gouvernance et d'éthique est composé d'un minimum de cinq membres, dont une majorité de membres indépendants du conseil d'administration. Le président-directeur général est membre d'office du comité.

Mme Sylvie Charbonneau,
membre du conseil d'administration

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

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

Mme Line Plamondon,
membre du conseil d'administration

Invitées

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

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

Un siège est devenu vacant en cours de mandat.

Réunions

Pour l'année se terminant le 31 mars 2017, le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à six occasions.

Mandat du comité

Le comité de gouvernance et d'éthique est responsable :

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

Les principaux travaux du comité

La mission, la vision et les valeurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale

À la suite d'une vaste démarche de consultation menée auprès de personnes travaillant au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale, le comité de gouvernance et d'éthique s'est penché sur les énoncés de la mission, de la vision et des valeurs de l'établissement, lesquelles ont été adoptées par le conseil d'administration.

Élaboration d'un questionnaire d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration

Le comité de gouvernance et d'éthique a également élaboré un questionnaire d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration qui a ensuite été rempli par les membres du conseil. Le comité a par la suite pu procéder à l'analyse des résultats du questionnaire. À la lumière des résultats obtenus, les membres comprennent très bien leur rôle en tant qu'administrateur et expriment une grande satisfaction au regard du fonctionnement du conseil d'administration. Ce premier exercice d'évaluation demeure très satisfaisant dans son ensemble et se répétera annuellement. Les commentaires formulés à cet effet ont par ailleurs permis au comité de bonifier le questionnaire afin qu'il soit conforme aux exigences d'Agrément Canada et plus représentatif du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Le plan d'action découlant des résultats du questionnaire a par ailleurs été produit par le comité afin de tenir compte des commentaires formulés.

Élaboration d'un questionnaire d'évaluation de la contribution des membres du conseil d'administration

Le comité a également élaboré un outil afin de permettre au président du conseil d'administration d'évaluer chacun des membres et de s'assurer de la continuité d'une pratique saine de gouvernance. Cet exercice avait également pour objectif d'offrir la possibilité aux membres d'exprimer leurs attentes et d'émettre leurs commentaires.

Le comité a par la suite examiné les recommandations et les demandes formulées par les membres du conseil d'administration au président, lesquelles ont été intégrées dans le plan d'action.

Élaboration d'un questionnaire d'évaluation de la contribution du président du conseil d'administration

Les membres du comité ont élaboré, en cours d'année, un questionnaire d'évaluation de la contribution du président du conseil d'administration. Les résultats

mettent en valeur la rigueur du président dans le suivi des dossiers, la qualité de son travail, son respect d'autrui ainsi que son objectivité dans la prise de décisions.

Norme de gouvernance

Le comité a été désigné comme comité responsable du suivi des actions liées à la norme de gouvernance. En préparation à la visite d'Agrément Canada, le comité a établi un plan d'action suivi de façon périodique par le conseil d'administration afin de déterminer les processus à mettre en place ou à surveiller. Le comité s'est également assuré que les autres comités du conseil d'administration ainsi que les directions concernées respectaient les échéanciers dans les preuves à fournir pour confirmer la mise en place et le bon fonctionnement des meilleures pratiques.

Formations

Le comité a par ailleurs procédé à l'analyse des besoins en formation des membres du conseil d'administration et a privilégié pour 2016-2017 les formations suivantes :

- Organisation des services spécialisés ;
- Formation sur les données financières ;
- Processus d'agrément et de la norme de gouvernance ;
- Formation sur la gouvernance (volet II) ;
- Tableau de bord.

Ateliers de travail

Par ailleurs, le comité a également tenu un lac-à-l'épaule le 19 avril 2016 et le 19 septembre 2016 pour les membres du conseil d'administration afin d'aborder plus en profondeur les dossiers organisationnels de l'établissement, dont :

- Le Plan d'action 2016-2018 sur la transformation du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Les objectifs prioritaires ;
- Le budget de fonctionnement, mesures d'optimisation ;
- Le fonctionnement du conseil d'administration.

Un poste vacant au conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale

À la suite du départ d'un membre en cours de mandat, le comité a entrepris des démarches afin de pourvoir le poste laissé vacant au sein du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Une personne a été nommée par le ministre, mais s'est désistée peu de temps après sa nomination. Le processus a donc été relancé.

En cette deuxième année d'activités, le comité de gouvernance et d'éthique a poursuivi ses travaux sur la mise en place de dispositifs nécessaires afin que le conseil d'administration puisse fonctionner selon les règles en vigueur. La prochaine année consistera principalement à déployer le plan d'action qui découle des résultats du questionnaire d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration afin d'en améliorer son fonctionnement. Par ailleurs, le comité privilégiera certaines formations sur la gestion des risques, les mandats prioritaires ainsi que la structure médicale, pharmaceutique et dentaire.

3.1.5 COMITÉ DE VÉRIFICATION

Composition du comité

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

M. Stéphane Bussières,
directeur des ressources financières, en soutien au comité

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

M. Normand Julien,
membre du conseil d'administration

Invité

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

Mandat du comité

Le comité de vérification doit, notamment :

- S'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi ;
- S'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement ;
- Réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance ;
- Examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration ;
- Recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers ;
- Veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient adéquatement efficaces ;

- Formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail des vérifications externe et interne ;
- Réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le conseil d'administration (art. 181.0.0.3 de LSSSS).

Réunions

Le comité s'est réuni à cinq reprises au cours de l'année.

Sujets traités

Outre l'analyse des suivis financiers, le comité a traité des dossiers suivants :

- Le Plan d'audit et dépôt des états financiers ;
- La Politique sur les frais de déplacement et de séjour ;
- La Politique sur les dépenses de fonction ;
- La Politique relative à la priorisation, à l'acquisition et à la comptabilisation des immobilisations ;
- Les normes de gouvernance d'Agrément Canada ;
- La nomination de la firme Mallette S.E.N.C.R.L.

3.1.6 CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Composition du comité exécutif

M. Louis Boisvert, secrétaire,
pharmacien

Dr Jacques Bouchard, président,
médecin de famille

Dre Mélanie Boulet,
physiatre

Dr François Brunet,
médecin de famille

Dr Pierre Carrier,
médecin de famille

M. Michel Delamarre, membre d'office,
président-directeur général du CIUSSS de la
Capitale-Nationale

Dr Michel Dugas,
gériatre

Dr Yvan Gauthier, 2^e vice-président,
psychiatre

Dre Nathalie Gingras,
pédopsychiatre

Dr Pierre Laliberté, membre d'office,
directeur des services professionnels

Dre Caroline Mercier,
médecin de famille

Mme Lucie Raymond, trésorière,
pharmacienne

Dr Stéphane Rioux, 1^{er} vice-président,
médecin de famille

Dre Sonia Sylvain,
médecin de famille

Cooptés en cours d'année 2016-2017

Mme Sylvie Charbonneau,
pharmacienne

Dre Julie Dorval,
médecin de famille

Dr François Rousseau,
psychiatre

Réunions

Il y a eu neuf réunions au cours de l'exercice 2016-2017 et une réunion spéciale. Le comité exécutif a également tenu une assemblée générale.

Statistiques des effectifs médicaux entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017

→ Dossiers étudiés : 270

→ Nominations : 105

→ Modifications : 43

→ Démissions : 122

Effectifs médicaux	Statut				TOTAL
	Actif	Associé	Conseil	Honoraire	
Médecins spécialistes	193	225	26	4	448
Médecins de famille	352	131	8	4	495
Pharmaciens	73	6			79
Dentistes	8	5	2		15
TOTAL	626	367	36	8	1037

Demandes entérinées par le conseil d'administration (au 21 mars 2017)

- Nominations : 90
- Modifications des privilèges : 39
- Démissions : 120

Les comités

Comité d'examen des titres

- Nomination du Dr Jean-Guy Fontaine

Comité directeur des protocoles et ordonnances collectives

- Nomination du Dr Stéphane Rioux, président et du Dr Roch-Hugo Bouchard

Comité clinique des protocoles et ordonnances collectives

- Nomination du Dr Maxime Amar et du Dr Serge Bordeleau

Comité de gestion des risques

- Nomination du Dr Serge Ringuet

Comité de pharmacologie

- Nomination de M. Éric Lepage, à titre de président intérimaire

Mise en place de comités

- Trois comités de discipline ont été formés.

Recommandations au conseil d'administration

- Sept médecins examinateurs
- Révision du plan d'organisation clinique pour l'ajout du département de chirurgie
- Recommandations des chefs de départements :
 - Médecine familiale, Dr Maxime Amar et Dr Stéphane Rioux
 - Psychiatrie, Dr Yvan Gauthier et Dr François Rousseau
 - Santé publique, Dr François Desbiens
- Recommandations des chefs de service d'urgence :
 - Hôpital de Baie-Saint-Paul, Dre Julie Dorval
 - Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré, Dre Laurie-Ann Martel
 - Hôpital régional de Portneuf et CLSC Saint-Marc-des-Carières, Dr Lucien Rodrigue

→ Hôpital Jeffery Hale,
Dr Yves Plaisance

→ Hôpital Chauveau,
Dre Françoise Viens

▪ Recommandations de directeur d'UMF :

→ UMF-Laval,
Dr Stéphane Rioux

→ UMF-Haute-Ville,
Dre Marie-Pierre Dumas

→ UMF-Maizerets,
Dre Catherine Bouffard-Dumais

- Mesure disciplinaire pour un membre à la suite d'un comité de discipline
- Gouverne médicale

Les priorités du comité exécutif

- Les règlements des départements
- Les règles d'utilisation de ressources
- Le renouvellement des privilèges
- L'évaluation de l'acte à compléter dans toutes les installations

Adoptions par le comité exécutif

- Protocole de transfusion massive (PTM)
- Liste des analyses effectuées en urgence au laboratoire de l'Hôpital régional de Portneuf
- Structure départementale
- Ordonnances collectives
- Organisation des services spécialisés et des services diagnostiques
- Représentation médicale dans la démarche Entreprise en santé du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Le Dr Jacques Ringuet a été nommé à titre de représentant médical
- Activité médicale en CLSC

Consultation du comité

Le comité exécutif a été consulté au sujet :

- De l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-PL) – projet pilote en hébergement ;
- De la Politique sur la santé et le mieux-être des personnes au travail ;
- De la Politique de niveaux de soins. Dr Pierre Carrier participera aux travaux du comité.

- Du projet clinique du département de psychiatrie du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- De l'organisation des services spécialisés et des services diagnostiques ;
- De la contribution de l'infirmière lors d'un constat de décès à distance ;
- De la Politique de communication en vue de son adoption ;
- Du Plan d'effectifs médicaux (PEM) en spécialité 2017-2020 ;
- Du retrait de l'offre de service en urologie ;
- De la Politique de l'enseignement du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2016-2020 ;
- De la mission, de la vision et des valeurs de l'organisation ;
- De la demande d'appui (moral et écrit) pour un tomodensitomètre (TDM) à Portneuf.

Le comité exécutif a été saisi :

- des règles portant sur la formation complémentaire aux programmes de résidence en médecine effectuée au Québec ;
- du manque d'effectifs dans plusieurs services.

Communication

Diffusion du bulletin *CMDP À la Une*.

Visite du Collège des Médecins du Québec

Le collège des médecins du Québec a fait la visite des installations de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul et de l'Hôpital de La Malbaie pour les secteurs de l'hospitalisation et de l'urgence.

Des recommandations ont été transmises au CMDP et un suivi des recommandations est en cours.

3.1.7 COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES

Composition du comité

Dr Pierre Carrier,
médecin de famille

Dr Jean-Guy Fontaine,
gériatre

Dre Nathalie Gingras,
chef du département de pédopsychiatrie

Dre Hala Hanna,
chirurgienne

Dr Pierre Laliberté,
directeur des services professionnels

M. Éric Lepage,
chef du département régional de pharmacie

Dr Simon Patry, président,
psychiatre

Dre Sonia Sylvain,
médecin de famille

Les chefs des différents départements sont invités au besoin.

Mandat du comité

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

Réunions

Il y a eu sept réunions au cours de l'exercice 2016-2017.

Statistiques des demandes entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017

- Demandes reçues : 325
- Dossiers étudiés : 320
- Dossiers dont l'étude est à venir : 2

Demandes entérinées par le conseil d'administration : 249

- Nominations : 90
- Modifications des privilèges : 39
- Démissions : 120

3.1.8 COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE

Composition du comité

Dr Jacques Bouchard,
président du CMDP et médecin de famille

Dr Pierre Carrier, président,
médecin de famille

Dr Frédéric Charland,
pédopsychiatre

Jean-Philippe Lemieux,
pharmacien

Dr Lise Vézina,
médecin de famille

Invité

Dr Pierre Laliberté,
directeur des services professionnels

Réunions

Le comité s'est réuni à trois reprises.

Sujets traités

La structure du comité prévoyait que le comité central se réunirait périodiquement pour analyser les rapports des comités locaux dans les différentes installations du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Le comité a donc fait la recommandation à l'exécutif du CMDP que ce dernier désigne des membres dans chaque installation pour faire partie des comités locaux. Le comité a également recommandé, à la suite de la visite du Collège des médecins dans les établissements de Charlevoix, qu'une formation du Collège ou de l'Association canadienne de protection médicale soit offerte à tous les membres des comités locaux (après leur désignation) afin de les outiller pour bien remplir le mandat d'évaluation de l'acte, mandat qui est obligatoire à l'extérieur du CMDP.

Le comité tient à souligner que les comités locaux suivants ont maintenu leurs activités en 2016-2017 :

- Secteur Baie-Saint-Paul (Charlevoix-Ouest) ;
- Secteur La Malbaie (Charlevoix-Est) ;
- Secteur Portneuf ;
- Secteur Vieille-Capitale (installation Christ-Roi) ;
- Services de courte durée et d'hébergement du CHUL (maintenant Services de gériatrie) ;
- Secteur de la pédopsychiatrie.

Le comité a également préparé des grilles d'évaluation pour l'étude des dossiers d'aide médicale à mourir (AMM) et ceux de la sédation palliative continue (SPC).

Mandat du comité

- Veiller à ce que les contenus médical, dentaire et pharmaceutique des dossiers des bénéficiaires soient conforme aux règlements de l'établissement et à ceux du Collège des médecins du Québec.

- Juger de la qualité et de la pertinence des soins médicaux et dentaires ainsi que des services pharmaceutiques donnés aux usagers.
- Étudier les diagnostics pré et postopératoires et anatomopathologiques.
- Examiner les dossiers des usagers ayant présenté des complications.
- Étudier les cas d'interventions chirurgicales où il n'y a pas eu d'excès.
- Étudier les cas de décès survenus dans nos installations.
- Réviser périodiquement le traitement présent pour les infections nosocomiales et pour les affections les plus fréquentes dans l'établissement.
- Faire des recommandations au comité exécutif du CMDP.

Le comité exécutif devra revoir toute la structure de l'évaluation de l'acte et il devra ensuite doter les comités locaux et le comité central de toutes les ressources requises pour bien remplir leur rôle.

3.1.9 COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Composition du comité

M. Christian Aubin,
assistant-infirmier-chef

Mme Sarah-Maude Caron-Cantin,
infirmière

Mme Johanne Deschênes,
infirmière clinicienne ASI

Mme Yolaine Dubois,
pharmacienne

Dre Marie-Josée Filteau,
psychiatre

Dre Catherine Gagnon,
médecin de famille

Dre Marlène Julien,
médecin de famille

M. Éric Lepage, président,
chef du département régional de pharmacie

Mme Aïsha Claudine Musoke,
infirmière

Mme Mélanie Paradis,
pharmacienne

Mme Michèle Plante,
pharmacienne

Dre Nancy-Michelle Robitaille,
cardiologue

Mme Christine Robitaille,
pharmacienne

Mme Sarah-Maude Caron-Cantin a démissionné du comité en octobre 2016.

M. Christian Aubin s'est joint au comité en juin 2016.

Mme Aïsha Claudine Musoke a démissionné du comité en juin 2016.

Mme Christine Robitaille, présidente, a démissionné du comité le 15 novembre 2016.

M. Éric Lepage a été nommé président intérimaire le 19 janvier 2017.

Réunions

Les membres du comité se sont réunis à huit reprises.

Activités réalisées

- Harmonisation de la liste des médicaments du CIUSSS de la Capitale-Nationale
- Le sous-comité d'harmonisation des listes de médicaments devient le sous-comité de coordination du formulaire composé d'un pharmacien représentant chacune des anciennes installations, sous la gouverne de l'adjointe aux services pharmaceutiques
- Analyse des demandes de médicaments hors formulaire
- Approbation d'un protocole :
 - Protocole postexposition au sang ou à d'autres liquides biologiques
- Analyse de médicaments utilisés pour nécessité médicale particulière :
 - Triumeq^{MD} (abacavir, dolutegravir, and lamivudine)
- L'analyse et l'approbation d'ordonnances collectives :
 - Dépister le virus de l'influenza de type A ou de type B par écouvillonnage nasopharyngé
 - Amorcer une prophylaxie à l'oseltamivir pour diminuer la propagation du virus de l'influenza de type A ou de type B
- L'analyse et l'approbation d'une ordonnance individuelle standardisée :
 - Praxbind^{MD} (idarucizumab)

- L'analyse d'avis de Santé Canada :
 - Hydroxyzine
 - Fluoroquinolone
- L'analyse d'un avis de l'INESSS :
 - Avis sur les allergies aux bêta-lactames

3.1.10 COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Composition du comité

Mme Élisabeth Bourassa,
pharmacienne

Mme Sylvie Charbonneau,
pharmacienne

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

Mme Hélène Fortin,
pharmacienne

M. François Frédéric-Dubois,
pharmacien

Mme Julie Jean,
pharmacienne

Mme Guylaine Leclerc,
pharmacienne

M. Éric Lepage,
chef du département régional de pharmacie

Mme Louise Petit,
pharmacienne

Mme Caroline Pichette,
pharmacienne

M. Frédéric Poitras,
pharmacien

Mme Julie Racicot,
chef du département de pharmacie

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

Mme Isabelle Taillon,
pharmacienne

Dr Pierre Laliberté,
directeur des services professionnels

Réunions

Le comité s'est réuni à quatre reprises au cours de l'exercice 2016-2017.

Une rencontre supplémentaire du comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) a eu lieu en juillet 2016 afin de déterminer l'échéancier des élections considérant la fin de mandat de plusieurs membres du comité et pour convenir d'une dérogation au règlement de ne pas procéder par voie électronique.

Activités réalisées et dossiers en cours

Prestation de soins et de services pharmaceutiques

Dans le cadre du cahier de charge du MSSS adressé aux présidents-directeurs généraux, la fiche numéro 21 (version du 15 juillet 2015), demande aux CRSP, en collaboration avec les établissements du territoire et les pharmaciens communautaires, d'assurer équitablement la prestation de soins et services pharmaceutiques sur leur territoire et ce, de la 1^{re} à la 3^e ligne. Ainsi, le CRSP du CIUSSS de la Capitale-Nationale a mis sur pied deux sous-comités régionaux ayant pour mandat de revoir l'accès aux soins et aux services pharmaceutiques pour l'anticoagulothérapie et l'antibiothérapie par voie intraveineuse à domicile (ATIVAD).

- Anticoagulothérapie : prise en charge et suivi de la clientèle nécessitant la prise d'un anticoagulant

Le comité a tenu plusieurs rencontres au cours de l'année, notamment de type Kaizen, pour revoir les trajectoires. Le transfert des usagers stables des établissements vers la première ligne se déroule bien dans l'ensemble. Une rencontre avec le Département régional de médecine générale (DRMG) a eu lieu afin de soulever quelques enjeux rencontrés dans les groupes de médecine de famille et d'élaborer des solutions. Un sous-comité se penchera sur la désanticoagulation afin d'établir une conduite uniforme entre les sites.

- ATIVAD : bilan de la trajectoire du programme

Le comité a tenu plusieurs rencontres dont deux activités Kaizen, afin de cibler les problèmes et trouver des pistes de solution. Un plan d'action découlera de ces discussions.

Présentation du cadre de référence pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF)

Une présentation a été faite au CRSP ayant comme objectif, la compréhension des services pharmaceutiques offerts et la responsabilité des différentes instances au regard de ces services.

Ordonnances collectives

Une trajectoire a été établie pour les ordonnances. Un sous-comité a été mis en place. Le CRSP est consulté pour la validation des ordonnances collectives régionales, qui visent l'utilisation optimale des médicaments.

Gestion des médicaments

Plusieurs dossiers sont discutés aux rencontres du comité au regard du programme d'accès spécial des médicaments, de la gestion des échantillons des médicaments au CIUSSS de la Capitale-Nationale et de l'administration des médicaments par voie parentérale dans les établissements pour la clientèle externe.

Communication avec les pharmaciens du territoire

Une préoccupation constante du comité est de rendre accessibles aux pharmaciens du territoire les informations et les décisions du comité, par le biais du site internet du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

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

L'Ordre des pharmaciens du Québec a réuni les présidents des CRSP du Québec afin de discuter des dossiers suivants :

- La Loi 41 ;
- Le bilan comparatif des médicaments ;
- Le guide de rédaction des ordonnances individuelles faite par un médecin du Collège des médecins du Québec ;
- Le cannabis à des fins thérapeutiques ;
- La pilule abortive ;
- L'ordonnance collective nationale de la naloxone ;
- Le guide sur les ordonnances collectives du Collège des médecins du Québec qui sera mis en place sous peu.

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

Le règlement de régie interne du comité régional sur les services pharmaceutiques du CIUSSS de la Capitale-Nationale, révisé et adopté par le président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale en 2015, devra être mis à jour au regard du règlement type publié par le MSSS en 2016. Un sous-comité a été nommé à cet effet.

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

Composition du comité

Dr Maxime Amar,
IRDPQ

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

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

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

Dre Pascale Cholette,
Clinique Pro-active Santé

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

Dr Pierre Lachance,
GMF Saint-Louis

Dr Daniel Lamontagne,
GMF La Source

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

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

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

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

Permanence

M. Sylvain Bélanger,
adjoint au directeur des services professionnels

Mme Julie Émond,
agente de planification, de programmation et de
recherche

Mme Édith Lachance,
technicienne en administration

Dr Pierre Laliberté,
directeur des services professionnels

L'année 2016-2017 fut marquée par d'importants changements dans la gestion des effectifs médicaux afin d'assurer une prestation de soins et des services équitables à la population de la région et d'améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne. Dans ce contexte, le DRMG a pour rôle d'améliorer l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services de médecine générale notamment en définissant et en proposant un plan régional d'organisation des services médicaux généraux, en recommandant au MSSS le déploiement des effectifs médicaux vers les besoins régionaux prioritaires et en assurant sa mise en place. De plus, il donne son avis sur tout projet concernant la dispensation des services. Il a la responsabilité de délivrer les avis de conformité dans le cadre du respect de l'Entente particulière relative au respect des Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM).

Parmi ses autres responsabilités, le DRMG doit s'assurer du respect des dispositions de l'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières. Il doit favoriser l'augmentation de l'inscription et du suivi des clientèles dans sa région.

En ce qui a trait à l'organisation des services médicaux de première ligne, le DRMG joue un rôle de premier plan. Il recommande l'adhésion des groupes de médecine familiale (GMF) au nouveau programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF et il accompagnera les groupes qui auront à adhérer aux programmes régional (GMF-R) et universitaire (GMF-U) dans la prochaine année. Des comités de travail du DRMG ont été mis en place pour collaborer avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale aux divers chantiers.

Réalisations

Le comité de direction du DRMG s'est réuni à huit reprises pour prendre position et pour formuler des recommandations au président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale et au MSSS dans les dossiers suivants :

- Suivi rigoureux quant aux activités médicales particulières exigées ;
- Participation active aux discussions afin de résoudre les problèmes d'effectifs médicaux dans les urgences du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Démarches pour les recrutements autorisés en médecine de famille au PREM 2017, incluant les postes de nouveaux médecins facturants et les postes de mobilité interrégionale ;
- Validation et recommandations pour les différentes cliniques-réseau Québec (GMF-CRQ) qui ont fait une demande d'adhésion au programme GMF-R ;
- Participation à la table régionale des médecins responsables GMF-CRQ ;

- Demandes nécessaires auprès du MSSS pour les priorités de recrutement en omnipratique qui lui ont été acheminées par les différents départements.

3.1.12 CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS

Composition du comité exécutif

Mme Valérie Blais,
direction de santé publique, programme Santé au travail

M. Louis-Martin Boivin, président intérimaire,
direction des soins infirmiers, GMF-CRQ

M. Bernard Ladrie,
direction du programme Jeunesse

M. Martin Lévesque, trésorier,
direction des programmes Déficience intellectuelle,
Trouble du spectre de l'autisme et Déficience
physique

M. Éric Lynch,
direction du programme Soutien à l'autonomie des
personnes âgées, SAD

Mme Marie-Christine Perron,
direction des services professionnels, urgence

M. Denis Samson,
direction des programmes Santé mentale et
Dépendances

Membres cooptés

Mme Cathie Lavoie,
direction des soins infirmiers, prévention et contrôle
des infections

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

Mme Louise Michaud,
direction des services multidisciplinaires, service
social et liaison en chirurgie cardiaque¹

Mme Sonia Tessier,
direction des services professionnels, urgence

Membres nommés d'office

Mme Sylvie Bonneau, secrétaire,
directrice des soins infirmiers

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

Mme Touria Ouaankour,
comité CIIA, équipe volante

M. Normand Rousseau,
comité CIIA, hébergement

Membre observateur

Sandra Racine,
directrice adjointe des soins infirmiers

Activité du Conseil des infirmières et des infirmiers (CII)

L'assemblée générale annuelle s'est tenue le 12 mai 2016.

Activités du comité exécutif

Le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) a tenu neuf rencontres régulières.

Sujets traités

- Présentation des organigrammes du CIUSSS de la Capitale-Nationale et de la Direction des soins infirmiers ;
- Cessation des activités du CHU de Québec-Université Laval et de l'IUCPQ ;
- Situations problématiques dans certaines RPA ;
- Ordonnances collectives et individuelles, les règles de soins et protocoles de soins ;
- Suivi de la visite d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) au CSSS de Québec-Nord ;
- Prescription infirmière ;
- Règlement et plan d'action du CIIA ;
- Projet de règlement de régie interne du CII ;
- Élection du CII 2016 ;
- Candidatures soumises à l'Ordre régional des infirmières et des infirmiers pour le prix de l'infirmière soignante de l'année ;
- Contribution de l'infirmière auxiliaire pour les intraveineuses ;
- Situation dans les urgences de Portneuf et Sainte-Anne-de-Beaupré ;
- Administration des produits sanguins.

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

Avis donnés : ordonnances collectives, règles de soins, protocoles, politiques et autres

- Règle de soins transitoire sur la prescription infirmière ;
- Règle de soins relative aux pratiques cliniques postnatales ;
- Règle de soins relative à l'administration de médicaments et à la prestation de soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne par les aides-soignantes ;
- Règle de soins relative à l'oxygénothérapie.

Avis donné au président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale

- Avis donné relativement à une situation mettant en danger la pratique des infirmières travaillant à l'urgence de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul.

Lettre d'appui pour les bourses de l'OIIQ

Au cours de son mandat, le comité exécutif du CII a donné son appui à la candidature de la Coopérative de solidarité SABSÀ et à son projet clinique « Pour mieux soigner » pour l'obtention d'une bourse de la Fondation de l'OIIQ.

Activités du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Lors de leur rencontre régulière du 28 avril 2016, les membres du comité exécutif du CII ont reçu le dépôt du rapport annuel 2015-2016 du CIIA. Celui-ci a été adopté par les membres du CIIA lors de l'assemblée annuelle.

3.1.13 CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Composition du conseil

M. Michel Delamarre, membre d'office, président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mme Amie Deschamps, responsable des communications, travailleuse sociale

Mme Cynthia Fauteux, trésorière, ergothérapeute

Mme Lyne Foisy, vice-présidente, éducatrice spécialisée

Mme Angela Fragasso, agente de planification, programmation et recherche (membre de l'OEQ)

Mme Josianne Gaudet, diététiste-nutritionniste

Mme Anne Langelier, physiothérapeute

Mme Marie Larose, travailleuse sociale

Mme Stéphanie Paquet, récréologue

Mme Chantal Pothier, secrétaire, psychologue

M. Jean-Guy Rochefort, membre invité sans droit de vote, représentant du conseil multidisciplinaire au conseil d'administration, psychologue

Mme Isabelle Simard, membre d'office, directrice des services multidisciplinaires

M. Dominique Trépanier, président, psychologue

Réunions

Le conseil multidisciplinaire (CM) a tenu 18 séances de travail et exécutives au cours desquelles il a été question de l'organisation des services, de la qualité des soins et de la qualité de la pratique professionnelle.

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) a tenu sept rencontres régulières, trois rencontres extraordinaires et huit séances de travail.

Réalizations

Le CECM a été consulté sur :

- les mesures d'économie et les projets organisationnels ;
- la vision des guichets d'accès ;
- les mandats du comité directeur des ordonnances collectives ;
- les protocoles et les trajectoires associées ;
- la mission, la vision et les valeurs de l'organisation ;
- les résultats du Kaizen en consultation sociale ;
- la structure de soutien professionnel à la DSM ;
- la Politique de l'enseignement du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- le plan d'action régional en santé publique ;
- le cadre de référence en éducation spécialisée et en psychoéducation ;

- la Politique de santé et mieux-être des personnes au travail ;
- la Politique de l'enseignement du CIUSSS de la Capitale-Nationale (2^e consultation, version finale) ;
- l'ordonnance collective « Initier la multivitamine Preg-Vit^{MD} chez les femmes suivies dans le programme OLO ».

Avis et recommandations

- Services en audiologie sur le territoire de Charlevoix
- Transfert des professionnels dans les GMF
- Politique de l'enseignement

Le CECM travaille de manière soutenue avec la Direction des services multidisciplinaires dans divers dossiers, dont le plan de développement des ressources humaines, la collaboration avec nos partenaires régionaux, la collaboration avec les autres instances professionnelles, la première phase de mise en place des comités de pairs pour ne nommer que ceux-ci.

Le CECM a été actif dans divers comités tels que le comité de gestion des risques ou encore le comité d'élaboration du code d'éthique. Le comité a également nommé une personne pour siéger au comité interne à la transformation.

Le CECM a été rencontré par le comité de la vigilance et de la qualité au regard de l'exercice des mandats du comité exécutif du CM et de la collaboration interprofessionnelle. Il a notamment choisi de travailler à développer des mécanismes de collaboration entre les instances. À cet effet, des rencontres régulières ont eu lieu avec le président du CII au cours de l'année et il y a aura bientôt un forum interconseils qui sera mis en place.

Au plan provincial, le CECM maintient des liens étroits avec l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ). Ces arrimages ont permis de participer à des sous-comités provinciaux notamment au regard du déploiement des professionnels dans les GMF et du transfert des responsabilités dédiées aux anciennes commissions multidisciplinaires régionales. Le CECM a également participé au colloque annuel qui se tenait en novembre dernier à titre de participant et présentateur concernant la collaboration du CM et de la DSM.

Le CECM a effectué des démarches pour la promotion du CM, notamment, en rencontrant la Direction de la santé publique. En terminant, des travaux importants ont été réalisés afin d'améliorer les moyens de communication et de mettre en place la première phase de développement des comités de pairs au cours de la prochaine année.

3.1.14 COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

Composition du comité

Mme Monique Carrière,
membre du conseil d'administration

M. Michel Delamarre, invité d'office,
président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mme France Goudreault,
directrice des ressources humaines et des communications

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

Mme Catherine Truchon,
membre du conseil d'administration

Mandat du comité

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

Réunions

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

Sujets traités

- Concrétiser les orientations stratégiques en matière de gestion des RH
- Planifier les besoins de main-d'œuvre
- S'assurer du respect des normes gouvernance et leadership d'Agrément Canada
- Soutenir le développement de la main-d'œuvre

3.1.15 CONSEIL DES SAGES-FEMMES

Composition du conseil

Mme Magali Béchard, présidente,
sage-femme

Mme Kathleen Boily,
sage-femme

Mme Véronique Gauthier, vice-présidente,
sage-femme

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

Mme Jessie Roy,
sage-femme

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

Au cours de l'année 2016-2017, l'exécutif du conseil des sages-femmes (CECSF) s'est réuni à 11 reprises; trois séances extraordinaires ont eu lieu pour des revues de cas concernant des situations cliniques particulières et nous avons tenu une assemblée générale spéciale. Cette année, il y a eu beaucoup de mouvement au sein du CECSF, puisque quatre membres ont dû être remplacés. Le CECSF était initialement formé de sept membres, soit six sages-femmes et le président-directeur général adjoint (PDGA) du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Il sera dorénavant formé de cinq sages-femmes et du PDGA.

La Maison de naissance de la Capitale-Nationale a de nouveau reçu de multiples demandes pour un suivi sage-femme. Pas moins de 729 usagères y ont reçu des services durant l'année. Il y a eu 426 nouveaux suivis attribués cette année. De ce nombre, 213 bébés sont nés à la Maison de naissance, 44 à domicile avec sages-femmes et six en centre hospitalier avec sages-femmes. De plus, l'équipe de sages-femmes a donné 48 cours de préparation à la naissance (12 séries de quatre cours) et 24 rencontres d'information pour le public.

Enfin, au cours de deux demi-journées, les sages-femmes de la Maison de naissance ont accueilli des groupes d'étudiants (infirmières auxiliaires et ambulanciers) afin de les renseigner sur la profession et sur les services offerts. Une visite a aussi été organisée pour les intervenants de SOS Grossesse.

Réalisations

Gestion des ressources humaines

- Production d'un document s'intitulant « Modalités de retour et de réintégration d'une sage-femme après une absence prolongée », pour simplifier le retour d'un congé prolongé d'une sage-femme.

- Application d'un plan de contingence pour contrer le manque d'effectif s'il y a moins de trois sages-femmes de garde au même moment.

Participation du CSF à des comités du CIUSSS

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

Entente avec le CHU de Québec-Université Laval

- En attente des commentaires du contentieux du CIUSSS de la Capitale-Nationale avant de signer la version finale.
- Points de services.
- Projet de développement des services sages-femmes dans la région de Charlevoix : beaucoup d'ouverture chez les différents partenaires éventuels, plusieurs défis à différents plans sont encore à relever avant la mise en place.

AMPRO

- Nouvelle équipe de base pour la poursuite du programme Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) avec la participation de quatre sages-femmes, en plus de la responsable des services sage-femme : malgré un départ prometteur, une stagnation des activités est notée en raison d'un manque de budget du CHU de Québec-Université Laval pour la réalisation d'ateliers et d'exercices de compétence.

Contrôle de la qualité des services

- Production de cinq aide-mémoires pour faciliter le travail des sages-femmes de la Maison de naissance de la Capitale-Nationale et un sixième est en voie d'écriture sur les obligations professionnelles, éthiques et institutionnelles dans le cas d'un accouchement à domicile non prévu.
- La prochaine visite d'Agrément Canada annoncée pour juin 2019 portera sur les normes obstétricales, une première depuis l'ouverture de la Maison de naissance de la Capitale-Nationale.
- Formation de M^e Marie-Nancy Paquet de l'équipe du contentieux du CIUSSS quant au rôle, aux modalités, aux étapes et aux implications d'un processus disciplinaire au sein du CSF.

Projets en cours

- Le support technologique aux sages-femmes
- Le développement d'une zone de partage des documents accessibles à distance uniquement pour les sages-femmes
- La poursuite du projet Maison Bleue à Québec

Correspondance

- Demandes d'avis du conseil des sages-femmes sur différentes nouvelles politiques au sein de l'établissement.

3.1.16 COMITÉ CONSULTATIF DU JEFFERY HALE – SAINT BRIGID'S

Conformément à l'article 209 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, la Direction du Jeffery Hale – Saint Brigid's (JHSB) a constitué un comité consultatif représentatif des trois grands partenaires impliqués au JHSB, soit le CIUSSS de la Capitale-Nationale, premier responsable, les acteurs locaux du JHSB et la communauté anglophone.

Ce comité conseille le CIUSSS de la Capitale-Nationale sur l'organisation des services au JHSB et en matière de services de santé et de services sociaux en langue anglaise pour notre région. Il joue un rôle important comme principal lieu de concertation des représentants ayant un intérêt à assurer le succès du JHSB et aussi conseiller le CIUSSS de la Capitale-Nationale à l'égard du JHSB.

Composition du comité

Mme Amie Deschamps,
conseil multidisciplinaire

Mme Brenda Edwards, trésorière,
corporation propriétaire (gouverneurs)

Mme Gina Farnell, vice-présidente,
cooptation volet jeunesse

Mme Diana Greig,
comité des usagers du Jeffery Hale – Saint Brigid's

Mme Catherine Nadeau,
conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

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

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

M. Richard Walling,
président de la Fondation des Amis du
Jeffery Hale – Saint Brigid's

Mme Brigitte Wellens,
cooptation volet nouveaux immigrants

Membre d'office

Mme Brigitte Paquette, secrétaire,
adjointe au président-directeur général adjoint

Mandat général

La Loi confère six fonctions spécifiques au comité consultatif du JHSB :

- Veiller à ce que le conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale soit informé des besoins particuliers de la communauté anglophone en matière de services de santé et de services sociaux et lui recommander des mesures propres à assurer l'adéquation de ces besoins et des services dispensés dans les installations du JHSB ;
- Faire des recommandations au conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale sur l'organisation et le fonctionnement du JHSB ;
- Assurer la liaison entre le CIUSSS de la Capitale-Nationale, le JHSB, ses membres et la fondation du JHSB et la communauté anglophone de la région ;
- Faire des recommandations au conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale en vue d'assurer la continuité des services dispensés en langue anglaise dans les installations du JHSB, d'en améliorer la qualité et d'en favoriser le développement ;
- Émettre son avis sur le plan d'organisation préparé conformément à l'article 183 de la LSSSS en ce qui concerne la structure, la direction, les services et les départements du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

L'article 148 prévoit également une septième fonction de nature plus générique :

« À la demande d'un ou de plusieurs groupes formés d'employés ou de professionnels oeuvrant au sein d'une installation d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement regroupé administré par son conseil d'administration, ou formés de personnes appartenant à l'un ou l'autre des milieux desservis par l'un

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

Réunions

Les membres se sont réunis à six reprises.

À l'automne 2017, le comité consultatif tiendra une séance d'information annuelle pour les représentants des instances de l'établissement regroupé Jeffery Hale – Saint Brigid's, telles la corporation propriétaire représentée par le bureau des gouverneurs, le comité des usagers JHSB, les deux comités des résidents et les partenaires communautaires de langue anglaise.

Réalisations

- Avis favorable à la relocalisation de la Clinique santé des réfugiés dans les cliniques externes de l'Hôpital Jeffery Hale
- Avis favorable aux priorités d'action 2016-2017 de la direction JHSB, lesquelles s'inscrivent dans la démarche des processus critiques du CIUSSS de la Capitale-Nationale
- Adoption du cadre de référence du comité consultatif
- Avis favorable et conditions énoncées au regard de l'offre d'achat du stationnement de l'Hôpital Jeffery Hale
- Avis concernant l'addenda aux normes d'identification visuelle du JHSB (Cobranding)
- Consultation sur la Politique sur l'enseignement et les stages et amorce d'une démarche avec la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU) pour intégrer le volet bilinguisme
- Avis concernant le Plan d'action régional de santé publique 2016-2020
- Avis concernant les énoncés de mission, de vision et de valeurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale
- Dépôt des correspondances concernant le projet de développement des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées au Jeffery Hale – Saint Brigid's (lits de soins palliatifs au Jeffery Hale et lits de transition ou de niveau de soins alternatifs à Saint Brigid's)
- Avis sur le projet d'aménagement d'Info-Social au Pavillon Jeffery Hale
- Recommandations concernant le projet de réorganisation des services spécialisés et diagnostiques de l'Hôpital Jeffery Hale à l'Hôpital du Christ-Roi
- Adoption des principes directeurs concernant la gestion des locaux au Jeffery Hale – Saint Brigid's
- Désignation d'un membre régulier et d'un membre substitut pour représenter le comité consultatif au comité stratégique sur le continuum de services aux aînés d'expression anglaise de la Capitale-Nationale
- Mécanismes d'accès à l'hébergement public à Saint Brigid's (engagements)

3.2 LES FAITS SAILLANTS

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

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

Au cours de l'année, le Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique (BPUE) a poursuivi la mise en place et le développement de ses quatre volets d'activités, soit : l'utilisateur partenaire, l'expérience utilisateur, le comité des usagers et celui de l'éthique clinique et de l'enseignement. Afin de circonscrire et de soutenir ses activités, un modèle intégré de partenariat avec l'utilisateur a été adopté. Un comité conseil a d'ailleurs été constitué afin de poursuivre son déploiement.

Concernant le volet utilisateur partenaire, le bureau s'est adjoint deux usagers partenaires à titre de membres du BPUE pour collaborer et soutenir les différentes activités. Au 31 mars 2017, le BPUE a recruté 49 usagers partenaires sur les 66 demandes de recrutement reçues.

En ce qui a trait au volet expérience utilisateur, le BPUE a reçu 56 demandes d'évaluation au cours de l'année. De ce nombre, 723 usagers et 429 employés ont répondu à une mesure d'évaluation leur étant adressée. De plus, un comité de travail sur les mesures d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur a été implanté. Ce comité réunit tous les comités des usagers du CIUSSS de la Capitale-Nationale et vise à soutenir l'implantation des mesures d'évaluation.

Dans le cadre de son volet comité des usagers, le BPUE a demandé à 51 membres issus du comité des usagers du centre intégré (CUCI/CU) de participer à divers comités : le comité conseil du modèle intégré de partenariat avec l'utilisateur, le comité de travail sur les mesures de l'expérience vécue, le comité d'élaboration du code d'éthique et le comité d'éthique clinique et de l'enseignement.

En avril 2016, le comité d'éthique et de l'enseignement a été créé afin de soutenir, au plan clinique, les directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale. En parallèle, une démarche évaluative a été instaurée auprès de l'ensemble des demandeurs afin de s'assurer de la qualité du service offert. Des comités consultatifs en éthique ont été déployés dans deux programmes-services, soit : Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique, et Santé mentale et Dépendances. Enfin, au 31 mars 2017, le BPUE a reçu 70 demandes de consultations éthiques, ce qui représente une augmentation de 69,2 % par rapport à 2015-2016.

3.2.1.2 UNITÉ DE GESTION ET DE SUIVI DE L'INFORMATION

L'unité de gestion et de suivi de l'information a pour mandat de favoriser la production et l'échange d'information de gestion au sein de l'établissement. Les principaux axes de son offre de service touchent la reddition de comptes, le soutien à la gouvernance clinique et administrative, à l'évaluation de la performance, ainsi que le soutien aux activités clinico-administratives ou de gestion.

Parmi les nombreux projets réalisés cette année, mentionnons :

- le déploiement du guichet d'accès aux données de gestion ;
- la production périodique des tableaux de bord sur les activités du CIUSSS de la Capitale-Nationale, déposés au conseil d'administration ainsi que dans les différentes salles de pilotage de l'établissement ;
- la révision des outils de suivi des usagers en situation de niveau de soins alternatifs (NSA) dans les hôpitaux de la Capitale-Nationale ;
- l'avis concernant la méthodologie provinciale évaluant la richesse relative des régions en DI-TSA ;
- la coordination du processus des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'établissement.

3.2.1.3 AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PERFORMANCE

L'amélioration continue de la performance constitue l'un des leviers fondamentaux pour assurer la transformation du CIUSSS de la Capitale-Nationale. L'amélioration continue de la performance repose sur trois grands principes : l'amélioration des services pour les usagers, l'amélioration des processus et la participation de l'ensemble du personnel à la résolution de problèmes, considérant leur expertise.

L'année 2016-2017 a été marquée principalement par le déploiement du système de la gestion intégrée de l'amélioration continue de la performance (SGIACP). Afin de favoriser la participation de l'ensemble du personnel à l'amélioration continue de nos différents processus, une routine a été instaurée pour promouvoir et encourager la résolution de problèmes communs à différentes équipes. C'est sur la base de cette routine qu'a débuté, en septembre 2016, l'animation de la salle de pilotage stratégique afin de suivre l'évolution du plan d'action sur

la transformation 2016-2018 ainsi que celle de nos indicateurs stratégiques. Avec la contribution de deux directions témoin, la direction a poursuivi le déploiement du SGIACP avec l'animation des salles de pilotage tactiques de direction ainsi que les salles de pilotage tactiques de directions adjointes et coordination, en février et mars 2017. Les travaux vont bon train pour débiter les caucous d'amélioration continue au niveau de certaines équipes opérationnelles de ces deux directions témoin au début de la prochaine année financière. Le déploiement du SGIACP se poursuivra auprès de neuf autres directions en 2017-2018.

Tout en assurant le soutien requis des directions à la réalisation de divers projets, notamment ceux du plan d'action sur la transformation 2016-2018, un apport significatif des membres de l'équipe a été fourni pour un projet régional, avec l'IUCPQ et le CHU de Québec-Université Laval, sur le niveau de soins alternatifs (NSA) ainsi que pour le projet du nouvel Hôpital de Baie-Saint-Paul.

3.2.1.4 SOUTIEN À L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE UNIVERSITAIRES (GMF-U) DU QUÉBEC

En mars dernier, la direction a procédé à l'embauche d'un conseiller cadre pour une quarantaine d'agents en amélioration continue de la qualité, déployés dans l'ensemble des GMF-U de la province. Afin de le soutenir dans ses fonctions et de dégager des orientations pour ses actions prioritaires, un comité-conseil a été mis en place regroupant des représentants du milieu de la recherche, du milieu universitaire, du milieu clinique ainsi que des usagers partenaires. La composition de ce comité tient également compte d'une représentativité des diverses régions du Québec. De plus, des rencontres de consultation avec les diverses parties prenantes en GMF-U ont été effectuées pour dresser un portrait initial des forces et des besoins de ces milieux. Un cadre de référence sera réalisé, lequel sera la pierre d'assise sur laquelle nous pourrions consolider les pratiques d'amélioration continue de la qualité en GMF-U.

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

L'équipe de coordination de sécurité civile et des mesures d'urgence du CIUSSS de la Capitale-Nationale assure le leadership de la coordination régionale de la mission Santé du Plan national de sécurité civile. En conformité avec les orientations ministérielles, l'équipe s'assure que chaque responsable de volet de la mission santé remplit bien son rôle. Elle assure aussi le leadership de la coordination des mesures d'urgence au sein des installations du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

L'année 2016-2017 a été marquée par l'élaboration, l'adoption et le déploiement de la Structure de sécurité civile et des mesures d'urgence du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Cette structure inclut le déploiement de deux comités tactiques : un premier, le comité tactique de la sécurité civile et un second, le comité tactique des mesures d'urgence. L'équipe a assuré la coordination des opérations à la suite de l'attentat survenu au Centre culturel islamique de Québec en janvier 2017. Le comité tactique de sécurité civile a été déployé afin d'apporter son soutien aux proches des victimes et au personnel touchés par cet événement. Les volets psychosociaux, les services hospitaliers, les services psychosociaux, les soins infirmiers et les communications ont participé aux opérations. Se sont joints au comité tactique de sécurité civile, des membres des ressources humaines, de la logistique, des ressources informationnelles, des services techniques et du soutien à la communauté anglophone pour l'aspect avec les communautés culturelles et le programme jeunesse.

Finalement, les membres de l'équipe ont été actifs dans différents dossiers en collaborant avec MSSS, le ministère de la Sécurité publique ainsi que les partenaires, dont la Ville de Québec et les autres municipalités de la région 03. L'équipe s'est grandement impliquée dans l'organisation du Forum en sécurité civile – santé et services sociaux tenu à Québec.

3.2.1.6 ÉQUIPE DE SUIVI DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA GESTION DES RESSOURCES (RESSOURCE INTERMÉDIAIRE, RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL, RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉS, RÉSIDENCE D'HÉBERGEMENT EN DÉPENDANCE)

Élaboration d'un outil Web pour le suivi des recommandations

Afin d'assurer le suivi des recommandations adressées au CIUSSS de la Capitale-Nationale, un outil a été élaboré par la DQEPE. Cet outil permettra d'analyser le nombre de recommandations adressées et mises en œuvre par le CIUSSS. Cet applicatif nous permettra de dresser un état de situation pour une période donnée et d'identifier entre autres, la direction et l'installation touchées, le nombre de recommandations appliquées ainsi que les suivis qui sont complétés.

3.2.1.7 PROCESSUS D'AMÉLIORATION CONTINUE

Au cours de l'hiver 2017, deux démarches Kaizen ont été réalisées. Le premier projet avait pour objectif d'établir un processus d'accès aux ressources d'hébergement afin de garantir un accès équitable et efficient alors que le deuxième projet visait l'harmonisation et l'amélioration des activités entourant la rémunération des ressources RI-RTF afin de se conformer aux meilleures pratiques.

3.2.1.8 OUVERTURE DE PLACES EN RESSOURCES INTERMÉDIAIRES POUR PERSONNES ÂGÉES

Au cours de la dernière année, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a procédé à des appels d'offres afin de pouvoir offrir aux personnes âgées de nouvelles places d'hébergement en ressource intermédiaire, ce qui s'est traduit par l'ouverture d'une nouvelle ressource de 40 places de même que l'ajout de 52 places dans quatre ressources existantes.

3.2.1.9 DÉPLOIEMENT DE LA FORMATION SUR LE CADRE DE RÉFÉRENCE RI-RTF

En concordance avec les orientations ministérielles, la DQEPE a entrepris une tournée de formation portant sur le cadre de référence RI-RTF, auprès de l'ensemble des directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

3.2.1.10 COMITÉ LOCAL DE CONCERTATION

Les ententes collectives prévoient la tenue d'un comité local de concertation pour chacune des associations représentatives des ressources et l'établissement. Ces comités locaux, composés de représentants de l'établissement et de représentants des associations ont, entre autres, pour but d'agir comme mécanisme de concertation au niveau local, de lieu d'échange d'information et de recherche de solutions à des difficultés vécues par l'établissement ou la ressource. Au cours de l'année 2016-2017, ces comités, déjà en place pour certaines associations, se sont consolidés et des rencontres ont eu lieu de façon régulière.

3.2.1.11 COMITÉ LOCAL DE FORMATION

Les ententes collectives prévoient la tenue d'un comité local de formation pour chacune des associations représentatives des ressources et l'établissement. Ces comités locaux, composés de représentants de l'établissement et de représentants des associations, déterminent les formations qui seront offertes aux responsables de ressources, en accord avec les orientations ministérielles. Pour l'année 2016-2017, chaque comité local de formation a produit un plan de formation et les ressources ont pu bénéficier d'une offre de formation variée.

3.2.1.12 MISE EN PLACE DU SUIVI DE LA QUALITÉ ET OPTIMISATION DU PROCESSUS DE CERTIFICATION DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES AÎNÉES (RPA)

Suivant la démarche Kaizen portant sur les RPA et réalisée en décembre 2015, la DQEPE a mis en place le suivi de la qualité auprès de ces résidences d'hébergement et a structuré la démarche de certification.

3.2.1.13 MISE EN PLACE DU NOUVEAU RÈGLEMENT S'APPLIQUANT AUX RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN DÉPENDANCE (RHD)

En collaboration avec le MSSS, l'équipe du suivi de la qualité des RHD a organisé et planifié la formation relativement au nouveau règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance.

3.2.1.14 COMMUNICATIONS ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LES RESSOURCES RI-RTF-RPA-RHD

En collaboration avec la Direction des ressources humaines et des communications, l'élaboration d'un outil de communication permanent a été réalisée, dans le respect de nos obligations d'établissement et dans le souci de favoriser une réelle relation de partenariat avec les ressources d'hébergement. Une infolettre a été créée et est dorénavant utilisée afin de transmettre l'information pertinente (procédures d'établissement, offre de formation, rappel sur les obligations et responsabilités de chacune des parties, etc.) aux ressources RI-RTF-RPA-RHD.

3.2.1.15 PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS (ART. 118.1 LSSSS)

La Direction des soins infirmiers (DSI), en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires (DSM) et la Direction des services professionnels (DSP), est à revoir l'application des mesures de contrôle. Un comité directeur a été mis en place. Il se compose de gestionnaires provenant de différentes directions (DSI, DSP, DSM, DPJ, DEQEP). Son mandat est d'élaborer un protocole d'application des mesures de contrôle CIUSSS.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale compte actuellement 12 protocoles en vigueur sur l'application exceptionnelle de mesures de contrôle. À la demande du MSSS, le comité a harmonisé les pratiques liées à l'utilisation des mesures de contrôle dans les meilleurs délais possibles. Dans le contexte de révision, un addenda a été produit établissant ainsi une procédure temporaire. Celle-ci vise à assurer une harmonisation des pratiques pour en optimiser la sécurité.

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI), composé de 10 membres issus des comités des usagers des anciens établissements ainsi que de cinq membres issus des comités de résidents, a été très actif au cours de la dernière année. En effet, 51 membres ont siégé dans différents comités au sein de l'établissement. De plus, le cahier spécial paru dans le journal *Le Soleil* en 2017 a permis de faire connaître les comités des usagers et

les comités de résidents à la population. Les comités des usagers ont d'ailleurs offert gracieusement un encart lors de cette parution afin de promouvoir le Bureau de partenariat avec l'usager et de l'éthique. Finalement, le CUCI a poursuivi les actions entreprises par ses différents sous-comités de travail.

3.2.2 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS (DRHC)

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

En cohérence avec le plan d'action 2016-2018 et les projets organisationnels d'optimisation, les directions cliniques et de soutien ont entrepris et réalisé plusieurs changements qui ont eu des impacts importants sur l'organisation des effectifs et sur les personnes. Les partenaires RH et les services experts de la DRHC ont été mobilisés pour soutenir concrètement la mise en œuvre de ces changements :

- Réorganisations administratives ;
- Discussions et ententes avec les instances syndicales ;
- Communication et soutien aux employés ;
- Accompagnement des gestionnaires ;
- Etc.

La direction a mis sur pied la Clinique Force qui offre des services d'accompagnement individualisé et de développement des compétences aux cadres et aux membres de la relève des cadres en soutien à la transformation du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Enfin, l'année 2016-2017 a permis de mettre en place des plans de développement des ressources humaines pour chaque direction et chaque catégorie d'emploi.

3.2.2.2 DIRECTION ADJOINTE DES COMMUNICATIONS

De façon à assurer la cohésion de l'ensemble des activités de communication au sein de l'établissement, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a créé une direction adjointe des communications. Relevant de la Direction des ressources humaines et des communications, elle a la responsabilité de la gestion et de la coordination de l'équipe des communications et des relations médias, et de l'identification de stratégies et de moyens à mettre en place autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. Dans le contexte actuel de gestion du changement, le CIUSSS de la Capitale-Nationale s'est aussi doté d'un plan de communication organisationnel.

Ce plan fixe quatre objectifs, soit :

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

Ce plan est appuyé par des actions de communication dans chacune des directions de l'établissement.

De plus, une politique de relations avec les médias a été adoptée et une consultation s'est amorcée sur le projet de politique de communication de l'établissement.

Parmi les projets réalisés visant à rejoindre la population ou les employés figurent :

- La mise en place du site Web unifié du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- La mise en place d'un outil intranet pour le personnel, soit la Zone CIUSSS ;
- L'utilisation et l'animation des réseaux sociaux (Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube) et la promotion des réussites ;
- La production du bulletin d'information organisationnel *Info CIUSSS* ;
- La mise en place du bulletin *Info-C.A.* ;
- L'harmonisation du processus de mise à jour du répertoire santé et services sociaux : atteinte de l'objectif exigé par le MSSS, soit un taux de mise à jour de 95 %.

La Direction adjointe des communications gère annuellement plusieurs centaines de demandes de services provenant de l'établissement, des médias, des élus et de partenaires externes.

Parmi les campagnes de communication organisationnelle produites, mentionnons :

- Entreprise en santé ;
- Visite d'agrément – Suivons le guide ! ;
- Campagne de vaccination massive ;
- Campagne « Un milieu humain pour nous tous ! » ;
- Campagne intensive de recrutement – Avec toi on fait la différence ! ;
- Campagne de communication « Bâtir ensemble » entourant les travaux de construction du nouvel Hôpital de Baie-Saint-Paul.

La Direction adjointe des communications est également grandement impliquée dans toutes les activités de sécurité civile ou de mesures d'urgence, comme celles requises lors de l'attentat à la Mosquée de Québec en janvier dernier.

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

Considérant la réorganisation du CIUSSS de la Capitale-Nationale, le Service des relations de travail a soutenu les gestionnaires et les partenaires RH relativement aux règles applicables lors d'une transformation organisationnelle. La pluralité des unités d'accréditation a nécessité le maintien des comités de relations de travail auprès des 52 instances syndicales locales. Des ententes importantes ont été conclues permettant une meilleure utilisation des ressources humaines, relativement, entre autres, à la réorganisation du personnel de la catégorie 3 ainsi qu'un protocole d'entente relatif aux modalités transitoires applicables pour certaines personnes de la catégorie 1.

Dans un contexte de rareté de main-d'œuvre, la présence au travail du personnel représente un élément important dans la dispensation d'un service continu et de qualité à la clientèle. Afin d'en assurer l'efficacité, l'ensemble des services de gestion intégrée de la présence au travail, à l'exception des secteurs de Charlevoix et de Portneuf, ont été centralisés à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Enfin, l'année 2016-2017 a permis de mettre en place une série d'actions visant à instaurer les bonnes pratiques en matière de présence au travail :

- Collaborer à la mise en place du projet « Micro-milieus Lean et prévention des troubles musculosquelettiques », lequel est en implantation depuis janvier 2017 au sein de quatre centres d'hébergement ;
- Mettre en place des capsules de formation vidéo adaptées aux préposés à l'entretien ménager portant sur l'hygiène de posture ;
- Mettre en place des comités paritaires relatifs à la prévention des agressions dans les secteurs plus à risque où des plans d'actions spécifiques ont été élaborés ;
- Mettre en place une nouvelle trajectoire de communication entre les gestionnaires concernant les absences, la liste de rappel, la paie et le Service de gestion de la présence au travail ;
- Mettre en place un processus de suivi systématique des personnes qui présentent un taux d'absentéisme élevé.

3.2.2.4 SANTÉ ORGANISATIONNELLE

La qualité de vie au travail étant importante pour l'organisation, nous multiplions les actions pour agir sur le climat organisationnel :

- Adoption de la politique sur la santé et le mieux-être des personnes au travail par le conseil d'administration ;
- Mise en place du comité en santé et mieux-être lié à la démarche Entreprise en santé ;
- Application de la politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail ;
- Coffre à outils pour faire la promotion de la civilité et prévenir le harcèlement « Un milieu humain pour nous tous ! » à l'intention des gestionnaires et des équipes ;
- Interventions structurées de soutien aux gestionnaires et aux équipes sur le climat de travail.

3.2.2.5 RECRUTEMENT

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale est l'un des plus grands employeurs de la région. Il offre des possibilités et des perspectives d'emploi dans plus de 200 métiers ou professions. Au cours de l'année financière 2016-2017, plus de 2 000 personnes ont été embauchées.

Quelques exemples de moyens mis en place pour favoriser le recrutement :

- Promotion des emplois et des avantages de travailler au CIUSSS de la Capitale-Nationale lors de différents salons de recrutement ;
- Conception de bannières et de banderoles promotionnelles « On recrute » ;
- Présence constante sur les réseaux sociaux (Facebook, LinkedIn) des activités de recrutement et la promotion des emplois disponibles ;
- Visibilité et création d'une bannière Web sur le site Internet ;
- Promotion des cohortes de préposés aux bénéficiaires ;
- Garanties d'emploi ;
- Affichage dans les journaux ;
- Campagne intensive de recrutement Avec toi on fait la différence.

3.2.3 DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES ET INSTITUTIONNELLES (DAJI)

3.2.3.1 FAITS MARQUANTS

- Création de la Direction des affaires juridiques et institutionnelles
- Mise en place d'une offre de services interne complète pour répondre à l'ensemble des besoins

juridiques des directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale et à ceux de l'IUCPQ, et des affaires institutionnelles de l'établissement.

Le contentieux de l'organisation offre maintenant, à cet égard, des services de représentation devant les tribunaux et des services-conseils à l'ensemble des directions des deux établissements. Trois grandes divisions d'activités ont été créées afin de répondre aux besoins des deux établissements, soit :

- La division du droit des personnes, regroupant les secteurs d'activités de la protection de la jeunesse, les secteurs médico-légal et de psychiatrie légale, ainsi que le secteur litige clinique et services-conseils ;
- La division du droit corporatif, du litige civil, du droit administratif ;
- La division du droit du travail, de la santé et de la sécurité, du droit déontologique et professionnel.

L'offre de services au niveau des affaires institutionnelles regroupe, pour sa part, l'ensemble des activités liées à la gestion des affaires du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale, la gestion et la surveillance de la structure de gouvernance dans son ensemble, ainsi que la mise en place et la gestion des affaires corporatives et du secrétariat général de l'établissement.

La direction assure, à cet égard, la mise en place et assume la gestion directe des processus de gouvernance en matière :

- D'accès à l'information et de protection des renseignements personnels ;
- De gestion des documents administratifs (règlements, politiques, procédures) ;
- De gestion des permis ;
- De gestion des contrats, à l'exclusion des contrats d'approvisionnement ;
- De la conservation de la documentation officielle de l'établissement.

Elle veille à ce que ces processus soient conformes aux normes ministérielles, aux obligations légales et aux meilleures pratiques.

3.2.4 DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES (DRF)

Au cours de l'exercice, la Direction des ressources financières a réalisé divers travaux, à savoir :

- Le dépôt des états financiers en juin 2016 : un travail magistral a été effectué pour permettre la consolidation des 11 rapports financiers en un seul *Rapport AS-471* qui a été approuvé par le conseil d'administration ;

- L'intégration des 11 systèmes financiers (volet budget) en un seul système consolidé, afin de permettre aux gestionnaires d'obtenir une information financière concise et fiable ;
- La création du Service de paie régionalisée qui rend le CIUSSS de la Capitale-Nationale responsable du traitement de plus de 30 000 paies incluant celles du personnel du CHU de Québec-Université Laval et de l'IUCPQ.

La direction a aussi présenté au conseil d'administration :

- La Politique sur les frais de déplacement et de séjour ;
- La Politique sur les dépenses de fonction ;
- La Politique relative à la priorisation, à l'acquisition et à la comptabilisation des immobilisations ;
- L'amélioration du contrôle interne des déboursés afin d'assurer la conformité des paiements aux fournisseurs et de préserver la santé financière et l'image de l'organisation ;
- Le développement de gabarits de suivi des encaissements et des décaissements et uniformisation des pratiques, permettant ainsi des prévisions consolidées détaillées des flux de trésorerie ;
- La collaboration avec la DQEPE afin d'établir des indicateurs de performance, permettant ainsi de dégager les principaux constats des secteurs où une optimisation est possible.

3.2.5 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (DSPU)

En 2016-2017, la Direction de santé publique a élaboré son nouveau plan d'action régional (PAR) de santé publique 2016-2020. Plusieurs étapes ont préalablement été effectuées, soit la réalisation d'un bilan du PAR 2009-2015 et d'un portrait de santé de la population de la région de la Capitale-Nationale. Avant son adoption par le conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale, le PAR a fait l'objet d'une vaste consultation auprès des directions de l'établissement, de l'ensemble du personnel travaillant dans le programme-service Santé publique, des membres du comité citoyens partenaires et des partenaires intersectoriels de la région.

Le PAR présente les orientations, les objectifs et l'offre de service de santé publique pour les prochaines années. Il vise, en outre, à adapter les services de santé publique aux particularités territoriales et aux besoins de la population de la Capitale-Nationale.

3.2.5.1 SURVEILLANCE

Dans le cadre de sa fonction légale de surveillance de l'état de santé de la population et des déterminants de la santé, le directeur de santé publique a notamment le mandat d'informer la population et de soutenir la prise de décision et l'organisation des services de la région. À cette fin, plusieurs publications ont été produites :

- Données sur le programme québécois de dépistage du cancer du sein ;
- Chroniques « Santé pour tous », parution mensuelle dans *l'Info CIUSSS* ;
- Capsules « Saviez-vous que... » sur la page Facebook ;
- Portrait global de la santé de la population ;
- Mise à jour de l'état de situation des jeunes ;
- Mise à jour de l'état de situation des personnes âgées ;
- *Le suicide dans la Capitale-Nationale : mieux comprendre pour mieux prévenir* ;
- *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015 : survol des résultats pour la Capitale-Nationale*.

Le principal défi de l'équipe surveillance sera d'identifier un processus d'accompagnement et de soutien optimal auprès des services de la DSPu, des autres directions de l'établissement et des partenaires intersectoriels de la région dans la prise de décision et l'organisation des services.

3.2.5.2 SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Cette année, l'équipe santé et environnement de la Direction de santé publique a répondu à 139 demandes de soutien et d'expertise concernant les effets sur la santé de différents déterminants environnementaux tels que la qualité de l'eau, la qualité de l'air, la qualité des sols, la présence de moisissures dans les logements, la présence de bruits ou de poussières dans l'environnement, les punaises de lit et la présence d'autres vermines dans les habitations.

La direction a rendu publiques les conclusions de son enquête épidémiologique sur les émanations de l'usine Anacolor située à Cap-Rouge. Des citoyens partenaires ont participé à l'élaboration de cette présentation. La direction continue d'ailleurs d'appuyer le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques dans l'évaluation des risques à la santé associés à cette usine.

La direction a également analysé en détail deux projets majeurs d'infrastructure au Québec : l'oléoduc de Trans-Canada et le projet d'agrandissement du Port de Québec. Le but de ces analyses est d'amener les promoteurs

à bonifier leurs projets afin d'en réduire l'impact sur la santé. La santé publique a également fait part de nombreuses préoccupations, notamment sur la qualité de l'air, l'intégrité des sources d'approvisionnement en eau et le bruit.

Le projet de schéma d'aménagement de l'agglomération de Québec a aussi fait l'objet d'une analyse dans une perspective de santé. Les préoccupations exprimées à la Ville de Québec concernaient en particulier la question des îlots de chaleur, l'accessibilité aux services et aux infrastructures pour une population vieillissante et les contraintes liées à la présence d'industries, de routes et de sites contaminés. Des recommandations pour une agglomération favorable aux saines habitudes de vie lui ont aussi été soumises.

3.2.5.3 SANTÉ AU TRAVAIL

Dans le cadre de l'Entente de gestion et d'imputabilité avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, l'équipe du programme Santé au travail est intervenue dans 242 entreprises (année 2016). Ses interventions ont trait notamment, à l'organisation des premiers secours et des premiers soins, à la diffusion d'information sur les risques présents dans le milieu de travail et sur les moyens de les contrôler, dans la surveillance environnementale et dans la surveillance médicale.

Au programme Pour une maternité sans danger, 4637 demandes provenant de la Capitale-Nationale ont été traitées, auxquelles se sont ajoutées 292 demandes provenant du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James à la suite d'une entente de collaboration avec ces régions. Dans ces dossiers, des recommandations sont formulées pour permettre le maintien au travail sécuritaire de la travailleuse enceinte ou qui allaite.

En 2016, 42 travailleurs de 11 établissements différents ont été atteints d'une maladie à déclaration obligatoire d'origine professionnelle. De plus, 31 situations de menace à la santé ont été signalées dans 30 milieux de travail. À la suite des enquêtes réalisées, des interventions spécifiques ont été nécessaires dans cinq milieux de travail.

3.2.5.4 PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES ET PROTECTION CONTRE CES MALADIES

Reprise des travaux sur le service d'injection supervisée (SIS) dans la Ville de Québec

En février 2015, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a adopté une résolution mandatant l'ancien Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale à poursuivre les travaux afin de définir les paramètres d'une offre

de service d'injection supervisée (SIS) à Québec. Cette démarche s'inscrit en continuité du *Rapport sur la situation de la consommation de drogue par injection à Québec et sur la pertinence d'offrir des services d'injection supervisée*.

Le comité de travail avait recommandé unanimement d'offrir des SIS à Québec, mais également de poursuivre l'analyse quant à la nature des services à offrir, au partage des rôles, au lieu éventuel, aux enjeux légaux ainsi qu'au financement.

Depuis, le grand nombre de décès par surdoses observé à Québec à l'été 2015 appuie encore davantage la pertinence d'implanter des SIS à Québec. En plus d'être inscrit au Programme national de santé publique 2015-2025, ce dossier est considéré prioritaire.

3.2.5.5 PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Sécurité alimentaire dans la Capitale-Nationale : un réseau d'aide alimentaire en soutien à 35 000 personnes chaque mois

La Direction de santé publique a poursuivi son soutien au réseau d'aide alimentaire qui offre mensuellement une variété de services à près de 35 000 personnes. Des services de dépannage alimentaire d'urgence, de distribution de colis, de cuisines collectives, de repas communautaires, de jardins, etc., sont des exemples concrets de réalisations de ce réseau.

Les clientèles desservies sont principalement des personnes et des familles à faible revenu, des familles monoparentales, des immigrants, des personnes sans emploi, des personnes âgées, des personnes présentant des problèmes de santé mentale etc.

3.2.5.6 PROJET « DÉPANNEURS – DES ALIMENTS SAINS, ACCESSIBLES POUR TOUS! »

Projet Dépanneurs – Des aliments sains, accessibles pour tous ! a mérité le prix Innovation 2016 de General Mills

Ce projet vise à accompagner cinq dépanneurs dans la commercialisation d'aliments sains afin d'inciter leurs clients à faire des choix santé. Cette stratégie novatrice de réduction des inégalités sociales de santé a été mise en œuvre par la Direction de santé publique et ses partenaires de la Mobilisation régionale et locale pour les saines habitudes de vie, le poids et la santé de la région de la Capitale-Nationale pour améliorer l'accessibilité aux aliments sains dans les secteurs défavorisés.

Outre le fait d'améliorer l'offre alimentaire des dépanneurs, l'aspect novateur de ce projet réside également dans la création d'un nouveau partenariat avec le secteur privé du commerce au détail et représente aussi une

nouvelle façon de travailler en promotion de la santé. En effet, grâce à ce projet, les comptoirs de ces dépanneurs ne sont plus de simples points de vente, les clients peuvent aussi y trouver des fiches recettes ou des idées de lunch.

Pourquoi des dépanneurs ? Parce que dans les quartiers sans épicerie, plusieurs personnes dépendent des dépanneurs et d'autres petites surfaces pour se nourrir.

Les lauréats du prix Innovation 2016 de *General Mills* ont décidé de remettre la bourse de 1000 \$ à trois organismes communautaires qui travaillent à réduire les inégalités sociales de santé, soit le Forum Jeunesse Charlevoix-Ouest, le Carrefour familles monoparentales Portneuf et Le p'tit marché solidaire de Limoilou (Centre communautaire Jean-Guy Drolet).

3.2.5.7 RÉVISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE 2016-2020 DES TABLES D' ACTIONS PRÉVENTIVES JEUNESSE

En septembre 2016, les membres des neuf tables d'actions préventives jeunesse (TAPJ) de la région ont amorcé la mise à jour de leur cadre de référence. L'exercice a permis de préciser les objectifs, les ancrages et les priorités d'actions locales. Les modalités de gestion ont été revues, ainsi que les règles d'attribution. Un large consensus auprès des 200 membres des TAPJ a permis de déposer la version finale du cadre au comité de coordination clinique d'avril 2017. Les concertations locales intersectorielles que sont les TAPJ sont composées de membres qui ont à cœur le bien-être des jeunes de 10 à 24 ans et qui mettent en œuvre des projets préventifs selon les besoins déterminés et les pratiques reconnues efficaces ou prometteuses.

3.2.6 DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE (DJ)

3.2.6.1 ATTEINTE DE LA CIBLE EN JEUNESSE CONCERNANT L'ACCÈS EN 24 À 72 HEURES AUX SERVICES DE L'ÉQUIPE D'INTERVENTION BRÈVE – CRISE FAMILLE-JEUNESSE

Dans le cadre de sa collaboration avec le CHU de Québec-Université Laval, la Direction du programme Jeunesse a revu sa trajectoire et son offre de service d'intervention de crise pour la clientèle jeunesse afin d'améliorer le délai d'accès à ses services. Ces changements devaient permettre aux jeunes du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui se présentent à l'urgence pour des problèmes psychosociaux d'avoir accès rapidement, soit dans les 24 à 72 heures suivant leur passage à l'urgence, à des services appropriés. Entre avril 2016 et mars 2017, les travailleurs sociaux, les éducateurs spécialisés et les psychologues du service d'intervention brève – Crise famille-jeunesse ont reçu des demandes de service pour 402 situations

comparativement à 111 en 2015-2016, ce qui représente une augmentation de près de 300 %. De plus, pour la clientèle référée au programme Jeunesse par l'urgence, le délai moyen d'attente est passé de 56 jours à moins de 72 heures. L'engagement et la mobilisation des membres de cette équipe ont permis une amélioration concrète de l'accès pour les usagers.

3.2.6.2 AXE PREMIÈRE LIGNE : PREMIERS SERVICES PSYCHOSOCIAUX OFFERTS DANS LES DÉLAIS PRESCRITS

Programme de pratiques parentales positives (Triple P) : Amélioration des délais d'accès à une première intervention pour les jeunes en difficulté et leur famille

Par sa structure en cinq niveaux d'intervention de services, les pratiques parentales positives (Triple P) permettent d'offrir des services visant à soutenir les parents dans l'exercice de leurs compétences parentales et de diminuer les signalements en protection de la jeunesse. Ce programme vise, notamment, le développement des compétences parentales en vue d'optimiser le développement des enfants vivant des difficultés. Cette approche se traduit par différentes modalités d'interventions de groupes et individuelles auprès des familles présentant différents besoins. Ce programme est offert aux familles ayant des enfants âgés de 0 à 12 ans résidant dans le secteur du Centre local de services communautaires Orléans.

Ce projet expérimental multisectoriel piloté par la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance de l'Université Laval a permis aux intervenants d'adopter une approche clinique commune. Par son approche intégrée, Triple P favorise la complémentarité des services de soutien offerts aux parents par le réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires dédiés aux familles, le milieu scolaire, les Centres de la petite enfance (CPE) et les garderies privées. Pour la clientèle du programme des jeunes en difficulté, le délai moyen pour une première intervention est passé de 68 jours à 40 jours, soit une diminution de 40 %. La Direction du programme Jeunesse a commencé des travaux visant une implantation élargie à l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale en débutant par les secteurs ayant un taux de négligence élevé.

3.2.6.3 IMPLANTATION DU PROGRAMME ÉLAN FAMILLE EN NÉGLIGENCE DANS LE CONTINUUM DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNES EN DIFFICULTÉ

Le programme Élan famille en négligence a poursuivi sa seconde phase d'implantation dans l'ensemble des équipes responsables de l'application des mesures (protection de la jeunesse) et dans les équipes du pro-

gramme Jeunes en difficulté de première ligne, et ce, pour l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale. Un comité stratégique d'implantation et de suivi a été mis en place. Des formations de base sont offertes aux équipes cliniques concernées, favorisant un langage et des approches cliniques communes, et ce, dans l'ensemble du continuum de services jeunesse, assurant ainsi l'intégration des services et surtout, un parcours fluide, cohérent et empreint de continuité pour les usagers. Il promeut des interventions multidimensionnelles centrées sur l'enfant, la famille, son environnement, son intégration sociale et spécifiquement adaptées aux besoins des enfants et des familles par l'utilisation d'outils cliniques standardisés.

Rappelons que le programme vise à contrer la négligence en misant, notamment, sur le développement des compétences parentales afin d'assurer aux enfants un développement optimal dans un environnement sécurisant. Il implique la contribution de l'ensemble des acteurs du programme Jeunes en difficulté, pour lesquels des mécanismes de relais simples et fluides assurent une complémentarité, une continuité et une planification « à la carte » des services requis par les familles présentant un risque élevé ou un problème chronique et sévère de négligence. Élan famille favorise également l'intégration sociale des familles par des actions concertées avec les différents acteurs des réseaux locaux. Ce volet débutera au cours de la prochaine année dans les secteurs de Portneuf, de la Basse-ville, de Limoilou et de Vanier. Ultiment, ce programme s'inscrit dans les orientations ministérielles visant à réduire le taux de signalement pour un motif de négligence et le nombre d'enfants suivis pour un tel motif.

3.2.6.4 OPTIMISATION ET HARMONISATION DE L'OFFRE DE SERVICE EN ORTHOPHONIE POUR LA POPULATION DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 4 ANS

Au cours de la dernière année, des travaux d'harmonisation et d'optimisation des services de première ligne en orthophonie ont été menés sur l'ensemble du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés en orthophonie. À partir de résultats significatifs issus d'une expérimentation sur le territoire nord de la Capitale-Nationale, des conclusions et des recommandations provenant des travaux de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux et des données probantes de la littérature, l'implantation de nouvelles mesures d'efficience a débuté à l'automne 2016.

À la suite de l'analyse de la situation et des recommandations suggérées, 10 mesures d'efficience ont été mises en place, à titre d'exemple : la délégation de 10 tâches de bureau à des agentes administratives, la mise en place de tableaux uniformes de gestion efficace, des agendas élec-

troniques partagés, des politiques d'absence resserrées, de nouvelles modalités d'intervention, des procédures opérationnelles de validation pour une saine gestion des listes d'attente et des charges de cas.

L'application de telles mesures a permis à l'orthophoniste de se consacrer aux activités cliniques. Actuellement, au plan global, toutes clientèles et territoires confondus, en comparant l'attente en préimplantation (2014-2015) à celle en postimplantation, soit en 2017, le temps d'attente moyen a diminué d'environ 60 %. Ainsi, dans certaines installations, on constate une diminution de la moitié du nombre d'utilisateurs sur la liste d'attente. L'harmonisation devra se poursuivre au cours de l'année, mais les résultats préliminaires sont prometteurs et s'avèrent une valeur ajoutée pour la clientèle éprouvant des problématiques langagières.

3.2.6.5 SANTÉ MENTALE DES JEUNES : PROJET DE MÉDIATION ARTISTIQUE

Dans le cadre d'un partenariat avec la fondation de la compagnie Intact Assurance, la direction a actualisé, depuis février 2017, un projet d'expérimentation artistique au Centre de pédopsychiatrie. Ce projet novateur, le premier à être initié dans la région de la Capitale-Nationale, vise à permettre aux jeunes d'exprimer par l'intermédiaire de divers médiums leurs émotions et leur permettre de vivre une expérience créative, source de sentiments positifs, tout en renforçant leur autonomie, leur sentiment de pouvoir personnel et leur confiance en eux. Jusqu'ici, 11 jeunes ont participé à des ateliers de deux heures sur une période de huit semaines. Deux expositions ont été réalisées, une au Centre de pédopsychiatrie et l'autre au cours de la Semaine nationale de la santé mentale.

3.2.6.6 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES FAMILLES DONT UN PARENT EST ATTEINT D'UN TROUBLE MENTAL DANS LE CADRE DU PROJET HOPE

La Direction du programme Jeunesse a initié en 2015 un projet expérimental qui porte le nom de « Horizon Parent-Enfant » (HoPE). HoPE est un projet de transformation de la 1^{re} et de la 2^e ligne qui vise l'amélioration du dépistage, de l'accessibilité et de la continuité des services destinés aux enfants et aux adolescents dont un parent est atteint de schizophrénie, de maladie bipolaire ou de dépression majeure récurrente.

L'équipe interdisciplinaire HoPE est rassemblée autour du concept-clé de navigation et est composée de deux infirmières navigatrices, de professionnels de différentes professions (psychologue, travailleuse sociale, psychoéducatrice et infirmières) provenant de la 1^{re} et de la 2^e ligne ainsi que d'un pédopsychiatre.

À ce stade du projet, 88 familles sont sous la surveillance clinique d'une infirmière navigatrice.

Parmi les principaux impacts du projet chez les jeunes et leurs familles, notons :

- Une prise en charge simultanée du jeune et de sa famille dans les 7 à 14 jours suivant la référence ;
- La liaison en continu avec le médecin de famille ;
- La transmission d'informations entre les différents professionnels impliqués auprès des jeunes et de leur famille au besoin ;
- Les orientations aux services requis pour le jeune et sa famille ;
- Une surveillance clinique en continu, autant de la santé mentale que de la santé physique des jeunes et de leur famille ;
- Taux de satisfaction des familles de 92 %.

3.2.6.7 OPTIMISATION ET HARMONISATION DE L'OFFRE DE SERVICE EN PÉRINATALITÉ

La hausse des naissances constitue un défi permanent. Au cours des 10 dernières années, le Québec a connu une augmentation des naissances d'environ 20 % et de 30 % dans la région de la Capitale-Nationale. Le continuum de services en périnatalité découlant des différentes orientations ministérielles accroît le nombre d'activités cliniques à réaliser. Devant cette réalité, et soucieuse de maintenir une offre de service de qualité et sécuritaire répondant aux orientations ministérielles, la Direction du programme Jeunesse a poursuivi des travaux d'optimisation, de standardisation et d'harmonisation de son offre de service, et ce, sans aucun ajout de ressources. Auparavant, pour maintenir notre offre de service, la hausse des naissances obligeait l'ajout de ressources non-financées créant ainsi un déficit annualisé représentant le financement de près de 10 infirmières supplémentaires. À terme, ces travaux d'optimisation ont permis de maintenir des services de qualité en ramenant le nombre d'infirmières supplémentaires à 3 équivalents temps complet. En 2015-2016, les équipes en place étaient en mesure de répondre à 100 % des demandes à l'intérieur des 24 heures suivant la sortie de l'hôpital, et ce, pour un total de 7 112 naissances.

Cette hausse d'achalandage liée à l'augmentation des naissances et l'arrêt de la vaccination à la Clinique pédiatrique de Sainte-Foy ont exigé du service de vaccination des 0-5 ans, la création de 20 000 rendez-vous supplémentaires.

3.2.7 DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ)

En ce qui concerne les services dispensés en unités d'internat à la Direction de la protection de la jeunesse, l'année 2016-2017 fut particulièrement celle de la diffusion et de l'implantation de meilleures pratiques cliniques mises à la disposition des intervenants pour une gestion bonifiée et plus sécuritaire des comportements parmi les plus à risque chez les jeunes hébergés.

3.2.7.1 PRÉVENTION DE L'ESCALADE DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES EN INTERNAT

À la suite d'une analyse des tentatives de suicide en hébergement au Centre jeunesse de Québec, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a élaboré un plan d'action en 2015-2016 touchant particulièrement les facteurs contributifs inhérents aux tentatives de suicide. L'identification de ces facteurs provient de quatre sources documentaires, soit des portraits des jeunes, de l'opinion des jeunes eux-mêmes, de l'opinion des intervenants et, enfin, des données relatives à la prestation sécuritaire de services.

En 2016-2017, des mesures préventives importantes ont été mises en place, issues du plan d'action, dont l'ouverture d'une nouvelle salle d'apaisement en milieu sécuritaire au centre de réadaptation Le Gouvernail.

3.2.7.2 PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES ACTES DE VIOLENCE CHEZ LES ADOLESCENTS CONTREVENANTS MIS SOUS GARDE ET PRÉSENTANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

Une partie importante des adolescents contrevenants sous garde présente au moins un trouble de santé mentale. Ces jeunes, en grand besoin, peuvent manifester des comportements de violence et ils ne reçoivent pas toujours le soutien nécessaire, faute d'approches suffisamment spécialisées offertes aux intervenants.

Pour résoudre ce problème, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a intensifié son implication dans le cadre de l'entente du Programme fédéral de placement et de surveillance dans le cadre d'un programme intensif de réadaptation (PSPIR).

En partenariat avec le CISSS de la Montérégie-Est et le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, la DPJ participe et contribue significativement à une communauté de pratique, le Programme régional d'intervention en santé mentale. Ce dernier vise à cerner les besoins de ces jeunes dès l'admission et à leur offrir des interventions préventives et curatives plus appropriées à leur condition et à une gestion plus sécuritaire de leur violence envers autrui (les autres jeunes, le personnel et la population).

Cette année, l'accent a particulièrement été mis sur :

- L'élaboration d'une grille d'observation des indices potentiels d'agressivité ;
- La formation pour le personnel concerné et l'implantation d'un outil de détection des jeunes hébergés qui ont des besoins immédiats de soutien en santé mentale ;
- L'utilisation de protocoles d'intervention personnalisés issus des meilleures pratiques des trois établissements partenaires.

3.2.7.3 QUALIFICATION DE L'INTERVENTION AUPRÈS DES JEUNES FUGUEURS

En 2016-2017, la DPJ a aussi amélioré l'intervention auprès des jeunes fugueurs placés en internat ou en foyer de groupe, le tout en collaboration avec la Direction du programme Jeunesse du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Quatre réalisations significatives garantissent aux jeunes et à leur famille une intervention de meilleure qualité et sécuritaire.

- L'élaboration d'un comité fugue interdirection regroupant des cadres de toute la trajectoire DPJ.
- La mise en chantier d'un plan d'action inter direction impliquant tout le personnel clinique de la trajectoire DPJ (hébergement et psychosocial).
- La réalisation d'une activité d'envergure d'appropriation du guide de pratique provincial fugue, impliquant plus de 500 intervenants en présentiel, incluant ceux d'organismes communautaires et du Service de police de la Ville de Québec (SPVQ). Cette activité vise à permettre aux usagers de bénéficier d'interventions mieux ciblées propres à la prévention de la fugue et d'obtenir un suivi davantage concerté avec les parents, le SPVQ et les organismes communautaires durant la fugue. Elle favorise aussi l'accompagnement lors du développement d'options comportementales sécuritaires au retour d'une fugue.
- La seconde expérimentation d'un groupe de projet et soutien (GPS 2) offrant une programmation innovante et aidante pour nos jeunes fugueurs récidivistes les plus à risque.

3.2.7.4 SECTEUR ACCUEIL-ÉVALUATION-ORIENTATION

Pour l'année 2016-2017, la Directrice de la protection de la jeunesse a traité 9 987 signalements comparativement à 9 525 au cours de l'année précédente. Il s'agit d'une augmentation de 4,6 %. De ce nombre, 3 810 ont été retenus pour évaluation. L'abus physique et le risque

sérieux d'abus physique sont les problèmes les plus fréquents puisqu'ils représentent 30 % des signalements retenus. Ces problèmes sont suivis de très près par la négligence et le risque sérieux de négligence qui, pour leur part, correspondent à 29,7 % des signalements retenus. Les signalements d'abus sexuel et risque d'abus sexuel ont constitué 12,9 % des signalements retenus et ceux pour troubles sérieux de comportement, 7,7 %. Les signalements retenus en 2016-2017 concernaient principalement les enfants de 0 à 12 ans, soit 2 902 sur les 3 810 signalements retenus.

En plus des 9 987 signalements traités en 2016-2017, le Service de réception et de traitement des signalements (RTS) s'est penché sur 6 549 info-consultations.

De plus, la dernière année a permis au CIUSSS de la Capitale-Nationale de consolider sa trajectoire de traitement d'un signalement en protection de la jeunesse. En effet, on note une diminution de 30,5 % du temps de traitement d'un signalement pour l'année 2016-2017 comparativement à l'année 2014-2015. Ainsi, ce délai est passé de 13,1 jours à 9,1 jours. Cette diminution fait suite à des travaux d'optimisation où l'ensemble des processus de ce secteur a été revu dans une perspective d'amélioration continue. Ce progrès permet notamment à une clientèle très vulnérable de profiter d'un accès plus rapide aux services lorsque la situation le requiert.

Sur le plan des ressources humaines, l'année 2016-2017 a amené la protection de la jeunesse à consolider son plan de poste en ajoutant 21 postes tant dans le secteur d'accueil-évaluation-orientation que dans le secteur de réception et de traitement des signalements. Le point de service de Charlevoix a aussi bénéficié du rehaussement d'un poste. Il importe de préciser que ce rehaussement se veut le reflet de l'augmentation constante de besoin de service en protection de la jeunesse dans la région de la Capitale-Nationale.

Finalement, ayant à cœur le développement d'une spécialisation de pratique dans ce secteur et dans le but de soutenir l'expertise clinique liée aux différentes problématiques spécifiques à son secteur d'intervention, la Directrice de la protection de la jeunesse a procédé à l'implantation d'un outil clinique pour son personnel, soit des cartes conceptuelles en protection de la jeunesse. Cet outil permet aux intervenants de mieux comprendre les problèmes retenus pour évaluation et de circonscrire les orientations et les interventions visant à remédier aux difficultés qui compromettent la sécurité ou le développement des enfants en besoin de protection.

Enfin, soulignons la contribution significative de la DPJ, de concert avec la Direction des programmes Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique, à la mise en place d'une unité DI-TSA au centre de réadaptation Le Gouvernail. La mise en disponibilité d'un espace inoccupé à la DPJ permet l'accessibilité à un

environnement sécuritaire et optimal d'autres usagers nécessitant plus d'encadrement pour répondre à leurs besoins. Il s'agit là, d'un bel exemple d'intégration qui s'inscrit dans l'esprit 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.

3.2.8 DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES

La Direction des programmes Santé mentale et Dépendances (DSMD) offre l'ensemble des soins et des services en santé mentale, en psychiatrie et en dépendances auparavant dispensés par les CSSS de la région de la Capitale-Nationale, l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, le Centre de réadaptation en dépendances de Québec, de même que cette gamme de service offert dans les installations du CHU de Québec-Université Laval.

Au cours de l'année 2016-2017, la DSMD a poursuivi les travaux de consolidation de sa structure d'encadrement et de révision de l'offre de services notamment, au regard du Plan d'action national en santé mentale 2015-2020 et des standards des meilleures pratiques cliniques en collaboration avec ses partenaires.

3.2.8.1 PRINCIPAUX TRAVAUX ENTREPRIS

- Consolider les équipes de suivi dans la communauté, bonifier le modèle et répartir les équipes de manière efficiente et efficace ;
- Redéfinir l'offre d'hospitalisation en soins aigus psychiatriques afin de favoriser une meilleure utilisation des lits et le retour rapide dans la communauté ;
- Revoir le concept des urgences psychiatriques selon les meilleures pratiques afin de diminuer leur utilisation et l'attente des usagers ;
- Revoir le parc d'hébergement afin d'avoir un parc diversifié et répondant aux besoins des usagers ;
- Réaliser l'intégration des connaissances et des soins en dépendances dans les autres domaines afin de favoriser une approche de soins intégrée et globale pour les personnes présentant des problèmes concomitants.

3.2.8.2 RÉALISATIONS

- Afin de réduire le temps passé aux urgences psychiatriques par les usagers, des mesures dans la communauté ont été mises en place, dont l'augmentation des places en suivi intensif (SIM), en suivi d'intensité variable (SIV), en traitements intensifs brefs à domicile (TIBD) et en réinsertion sociale.

- La DSMD a collaboré au projet de réduction du délai d'attente pour une évaluation psychiatrique en collaboration avec les médecins psychiatres. Présentement, les délais respectent les normes ministérielles.
- La DSMD a aussi collaboré très activement au projet NSA visant à permettre aux usagers ayant terminé leur épisode de soins en centre hospitalier psychiatrique de retourner sans délai dans la communauté ou dans leur milieu de vie.
- Trois équipes SIM et les équipes SIV ont réussi avec succès leur processus d'homologation venant du Centre national d'excellence en santé mentale (CENSM).
- La DSMD a procédé à l'intégration des services pour les usagers présentant un trouble anxieux et de l'humeur ou un trouble de la personnalité. Ainsi les usagers en sortent gagnants puisqu'il n'y a plus de rupture de service lors de l'évolution du niveau de sévérité des symptômes. Les équipes de la communauté travaillent avec les équipes de soins spécialisés pour offrir ensemble des services continus.
- Les services de santé globale et de réadaptation ont été revus et il en résulte une transformation de l'offre en santé globale et de celle du Centre de traitement et de réadaptation de Nemours.
- La direction a par ailleurs réalisé une étude de faisabilité pour ouvrir une ressource d'accompagnement continu destinée aux personnes vivant avec un trouble grave de comportement. La phase de réalisation du projet est présentement en cours.

Les actions de collaboration et d'intégration ont été multipliées entre les intervenants du programme Dépendances et ceux du programme Santé mentale afin de répondre aux besoins des usagers.

Pour terminer, la direction tient à souligner l'excellence du partenariat communautaire dans la démarche régionale structurée de rédaction du plan d'action pour la primauté de la personne. Trois journées de concertation ont permis d'atteindre les objectifs fixés. Près de 100 personnes, de tous les milieux, ont pris part à chacune de ces journées régionales de concertation sur le rétablissement et la pleine citoyenneté.

3.2.8.3 LUTTE À LA STIGMATISATION

Dans le cadre de ses activités de lutte à la stigmatisation et en partenariat avec l'Association québécoise de réadaptation psychosociale (AQRP), l'Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec (APUR) et la Fondation CERVO, la direction a assuré le leadership de l'organisation

de l'événement « À livres ouverts », à la bibliothèque Gabrielle-Roy de Québec. Plus de 200 livres vivants ont pu être empruntés afin de partager un chapitre de leur vie portant sur leur vécu avec la maladie mentale et leur rétablissement.

3.2.9 DIRECTION DES PROGRAMMES DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET DÉFICIENCE PHYSIQUE (DI-TSA-DP)

La Direction des programmes DI-TSA-DP regroupe l'ensemble des services en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, offerts avant la création du CIUSSSCN par le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et les centres de santé et de services sociaux de toute la région de la Capitale-Nationale.

Au cours de la dernière année, les travaux de la direction ont porté sur l'intégration des services et l'amélioration de l'accessibilité, notamment par la révision de l'organisation du travail. L'objectif étant d'offrir le bon service, par le bon intervenant, au bon moment. À la lumière des travaux découlant d'un important processus d'amélioration continue, de type kaizen, la direction a débuté le déploiement d'équipes interdisciplinaires de proximité sur l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale.

3.2.9.1 PRIORITÉS

Deux projets prioritaires visant directement l'accessibilité ont fait l'objet de travaux intensifs :

- L'optimisation de l'organisation des services pour les jeunes de 6 à 21 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ;
- La révision et l'adaptation du continuum de services résidentiels, afin d'offrir des milieux de vie diversifiés et innovants.

La direction est persuadée que ces deux projets, qui se poursuivront en 2017-2018, auront des répercussions significatives sur l'accès à des services de qualité, en temps opportun, pour les usagers et leur famille.

En mars 2017, le MSSS a lancé le plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022 en vue d'améliorer l'offre de service, de mieux soutenir l'intégration sociale des personnes ayant un TSA, ainsi que de réduire les délais d'accès aux services pour ces dernières et leur famille. Dans ce contexte, la direction a amorcé les travaux nécessaires au déploiement du plan d'action, et ce, dans le respect des orientations ministérielles.

Par ailleurs, dans le but de favoriser l'intégration sociale des usagers, de les maintenir dans leur milieu

naturel et de soutenir leur famille, la direction a élaboré un plan d'action visant à revoir l'offre de services socioprofessionnels. L'objectif étant d'adapter les services aux besoins évolutifs de la clientèle, notamment des jeunes adultes atteints d'un TSA.

3.2.9.2 PROJET PILOTE DE RÉADAPTATION À LA SUITE D'UNE RÉIMPLANTATION

Le programme des lésions musculosquelettiques, brûlures graves et amputations, a contribué au projet pilote du continuum de services en réadaptation initié par le Centre d'expertise en réimplantation ou revascularisation microchirurgicale d'urgence, en collaboration avec le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et deux autres établissements offrant des services de réadaptation dans la province. Le projet visait à améliorer le suivi, la réadaptation et le retour à la vie fonctionnelle des personnes ayant bénéficié d'une réimplantation à la suite d'une amputation traumatique d'un membre supérieur.

3.2.9.3 IMPLANT COCHLÉAIRE

Le centre québécois d'expertise en implant cochléaire a élaboré un guide de référence et formé les partenaires au regard de la pratique de pointe qu'est l'implantation bilatérale.

3.2.9.4 CONSORTIUMS DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE ET POUR LES VICTIMES D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)

Les continuums de services spécialisés et surspécialisés pour les personnes victimes d'un traumatisme (blessure médullaire, amputation, traumatisme crânien, brûlure grave) ou d'un accident vasculaire cérébral, s'appuient sur des liens de collaboration bien établis avec les partenaires régionaux (CHU de Québec-Université Laval, IUCPQ et associations représentant la clientèle), ainsi qu'avec les établissements de l'Est-du-Québec. Les travaux de partenariat se poursuivent, afin d'améliorer la qualité de services ainsi que la fluidité à l'intérieur des continuums de services.

Au cours de l'année 2016-2017, la direction a observé une hausse significative du nombre de victimes de brûlures graves, de jeunes présentant une déficience du langage et d'enfants ayant un TSA. La directrice, ainsi que les membres de son équipe de gestion, sont fières des premiers succès qui résultent de l'intégration des services et qui se traduisent par d'importants bénéfices pour la clientèle. Par exemple, l'accès à des services d'orthophonie pour des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TSA, offerts par des professionnels œuvrant dans les équipes spécialisées en déficience physique. Cette mobilité du personnel aurait difficilement été réalisable avant la création du CIUSSS.

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

3.2.10.1 DÉVELOPPEMENT DES SERVICES

L'année 2016-2017 fut une année charnière pour le développement de soins et de services dans la communauté, la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) ayant reçu du MSSS trois budgets de développement pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Le premier budget de 4 M\$ a été affecté aux services de soutien à domicile pour augmenter la prise en charge des usagers à domicile et pour intensifier le nombre d'heures de services rendus. Le deuxième budget de 4,5 M\$ a servi à la mission des centres d'hébergement pour augmenter le nombre d'heures de services, surtout celles des préposés aux bénéficiaires. Enfin, le troisième budget de 13 M\$ a été consacré au développement de services permettant aux usagers hospitalisés pour des soins aigus, de revenir rapidement dans la communauté avec des services adaptés à leur condition temporaire ou permanente de perte d'autonomie. À ce jour, la direction a pu ouvrir de nouvelles places en ressources intermédiaires, elle a augmenté le budget pour l'achat de services en aide à domicile et intensifié des plans d'aide à domicile. Le 31 mars 2017, un projet visant à doter la région d'une nouvelle offre de services alternative à l'hébergement a été présenté au MSSS.

Dans ce même souci constant de l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des soins et services rendus aux clientèles en perte d'autonomie pour leur maintien sécuritaire dans la communauté, la direction a poursuivi ses travaux de réorganisation des processus dans les trois missions : soutien à domicile, centres d'hébergement et services gériatriques spécialisés.

3.2.10.2 SOUTIEN À DOMICILE

Dans la mission soutien à domicile, l'implantation des cellules de travail interdisciplinaire par arrondissement est maintenant complétée à 80 %. L'impact positif de cette nouvelle organisation du travail se concrétise par une réponse plus rapide aux demandes de services et, par le fait même, une augmentation d'accessibilité aux services. Au cours du mois de décembre 2017, le projet des cellules de travail interdisciplinaire sera terminé dans les huit arrondissements du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Pour la première fois au Québec, un forum provincial pour les centres d'hébergement s'est tenu au cours du mois de novembre 2016. L'objectif de ce rendez-vous était le partage de pratiques cliniques et organisationnelles innovantes et exemplaires en centre d'hébergement. Les présidents-directeurs généraux des CISSS et des CIUSSS

du Québec se sont engagés à implanter ces pratiques prometteuses dans chacun de leur établissement. Dans l'un des engagements du forum provincial, huit des trente CHSLD ont déjà déployé le regroupement par clientèle, que l'on nomme le projet des micro-milieus. Dans le cadre de ce projet, il y a le regroupement des clientèles par profil de besoins et une refonte de l'organisation du travail dans le but de maximiser la présence auprès des résidents. À ce jour, nous constatons une amélioration significative de la qualité du milieu de vie des résidents. Cette amélioration est confirmée par les résidents et leurs proches.

3.2.10.3 NOUVELLE VISION DES SERVICES GÉRIATRIQUES

Au cours de l'été 2016, dans la mission des services gériatriques spécialisés, une première étape importante a été franchie avec l'élaboration d'une nouvelle vision de l'organisation des soins et des services, avec la collaboration des partenaires concernés. Cette nouvelle vision se décline en trois offres de services, soit les services ambulatoires, les services de type réadaptation gériatrique et les services pour les personnes aux prises avec un syndrome comportemental et psychologique relié à la démence (SCPD). Des travaux sont en cours pour déployer l'offre de service dans les services ambulatoires. Les deux nouvelles offres de services relatives à la réadaptation gériatrique et à la clientèle avec SCDP, seront en place d'ici le 31 mars 2018.

Au cours de la dernière année, le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) a obtenu du MSSS deux mandats provinciaux pour former le personnel en centre d'hébergement sur l'approche en soins palliatifs et de fin de vie et sur la gestion des clientèles avec SCPD. De plus, le CEVQ a collaboré à la rédaction d'un avis sur l'utilisation des caméras en centre d'hébergement. Plusieurs projets de recherche sont en cours, dont l'utilisation de la médication en centre d'hébergement et les soins buccodentaires chez les personnes âgées. Dans la phase deux du projet Alzheimer en GMF, le CEVQ joue un rôle de leader dans l'actualisation avec les établissements de l'Est du Québec; il contribue grandement à la mobilisation et au soutien de ce projet dans la Capitale-Nationale.

3.2.11 DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSM)

Au cours de l'année 2016-2017, la nouvelle Direction des services multidisciplinaires a poursuivi les travaux de consolidation de sa structure d'encadrement et de l'architecture des services sous sa gouverne. Ses priorités d'actions ont porté sur la promotion de l'Info-Social et l'élaboration de ses trajectoires de services, le déploiement et le soutien à l'intégration de plus de 40 travailleurs sociaux et d'une douzaine

d'autres professionnels au nouveau programme GMF et finalement, la réorganisation des services psychosociaux généraux en CLSC.

3.2.11.1 VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

La cadence des travaux visant l'amélioration de l'accès aux soins et aux services s'est intensifiée et une série d'activités visant l'élaboration d'une vision commune et partagée, en collaboration avec toutes les directions concernées, ont été réalisées et se poursuivront dans les prochains mois. Ce projet organisationnel, sous la responsabilité de la DSM, a pour objectif de transformer significativement l'accès aux services par la mise en place d'un accès centralisé et de trajectoires de services qui assurent à l'usager un parcours fluide, le bon service au bon moment, par le bon professionnel.

En cohérence avec les changements de pratique en cours pour l'amélioration de l'accès, l'équipe de professionnels sous la responsabilité de la DSM (travailleurs sociaux et infirmières) qui travaille en milieu hospitalier, s'est fortement mobilisée et a contribué activement aux travaux découlant du mandat ministériel sur les niveaux de soins alternatifs (NSA).

3.2.11.2 SÉCURITÉ CIVILE

La DSM a consolidé son intervention en mesures d'urgence psychosociale en contexte de sécurité civile. Elle a aussi développé un modèle d'intervention basé sur l'approche de soutien de proximité; il sera déployé au cours de 2017-2018 à l'intention notamment, des communautés culturelles de la région de la Capitale-Nationale.

3.2.11.3 BÉNÉVOLAT ET SOINS SPIRITUELS

La DSM a également proposé un modèle organisationnel relatif aux activités de bénévolat dans les différents programmes-services; la structure devrait s'actualiser dans la prochaine année.

Enfin, la DSM s'est assurée d'un arrimage étroit avec le Centre Spiritualitésanté qui offre les soins spirituels aux usagers du CIUSSS de la Capitale-Nationale de la région métropolitaine de Québec.

3.2.11.4 COLLABORATIONS FRUCTUEUSES

En collaboration avec la Direction des ressources informationnelles (DRI), le Service des archives a mis en place sa structure de projet afin de débiter les travaux visant le déploiement du dossier clinique informatisé. Ce secteur travaille toujours à la consolidation de l'organisation de ses services dans une perspective CIUSSS.

Soutien clinique

Pour le volet des pratiques professionnelles, la DSM a travaillé en étroite collaboration avec les programmes-ser-

vices afin de procéder à l'organisation du soutien clinique pour lequel elle assure la poursuite des travaux de mise en oeuvre. Elle a aussi grandement contribué aux travaux liés aux démarches d'agrément, de gestion des risques et d'amélioration continue, de la révision de programmes et d'outils, de diverses actions liées au respect des normes et standards de pratique, de même qu'au regard d'enjeux de collaboration interprofessionnelle, et ce, tout en offrant un soutien individuel et collectif aux professionnels. Son apport s'est également étendu à divers niveaux de l'organisation et au plan provincial, en appui aux changements de pratiques de même qu'à divers mandats transversaux liés aux pratiques professionnelles.

En sa qualité de coresponsable du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles (RCPI) avec l'Université Laval, la DSM a été très active notamment dans la réalisation des mandats octroyés par le MSSS aux Instituts universitaires de première ligne (IUPL) pour soutenir le déploiement et l'intégration des professionnels en GMF, de même qu'à l'élaboration du modèle du BPUE, en collaboration avec la DQÉPÉ. Le soutien au déploiement des pratiques collaboratives sera d'ailleurs au cœur des priorités de l'organisation et de la DSM dans la prochaine année.

Finalement, la DSM a appuyé les travaux du conseil multidisciplinaire. Elle est membre d'office aux séances exécutives, elle participe aux rencontres de l'instance régionale et a aussi soutenu diverses modalités d'arrimage entre l'instance professionnelle et son équipe de conseillers-cadres du secteur des pratiques professionnelles.

3.2.12 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP)

3.2.12.1 ACCÈS PRIORISÉ AUX SERVICES SPÉCIALISÉS (APSS) ET CENTRE DE RÉPARTITION DES DEMANDES DE SERVICES (CRDS)

Priorité du MSSS, l'APSS a pour objectif d'améliorer et de faciliter le processus d'orientation des usagers et de suivi des demandes de consultation, afin d'assurer un accès à des services spécialisés dans les délais requis. Quant au CRDS, il est un point de chute unique, régional, pour la réception et le traitement de l'ensemble des premières demandes de consultation visées pour l'accès priorisé aux services spécialisés en provenance des médecins de famille. Il est chargé de fixer les rendez-vous avec un médecin spécialiste.

Le CRDS de la Capitale-Nationale a amorcé ses activités le 31 octobre 2016. L'ensemble des médecins de famille de la région y transmettent leurs demandes de consultation spécialisée en utilisant les formulaires provinciaux harmonisés prévus à cet effet. Les formulaires sont uti-

lisés actuellement pour transmettre les demandes de consultation pour neuf spécialités soit : la cardiologie, la gastroentérologie, la néphrologie, la neurologie, l'ORL, l'ophtalmologie, l'orthopédie, la pédiatrie générale et l'urologie. D'autres spécialités suivront à l'automne 2017, notamment la pneumologie, la psychiatrie et la médecine interne.

3.2.12.2 OPTILAB

Optilab est une démarche provinciale prioritaire du MSSS qui vise à doter le Québec de laboratoires de biologie médicale capables de répondre aux besoins actuels et futurs de la population. Les objectifs visés sont d'offrir des services de qualité optimale en matière de sécurité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience.

Le CHU de Québec-Université Laval ayant été désigné par le MSSS comme centre serveur pour la région de la Capitale-Nationale et celle des Îles de La Madeleine, le CIUSSS de la Capitale-Nationale lui a cédé ses activités de laboratoire de l'Hôpital régional de Portneuf. Au 31 mars 2017, les laboratoires de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul et de La Malbaie ont été cédés au CHU de Québec-Université Laval à leur tour, de même que les centres de prélèvements de ces mêmes installations.

3.2.12.3 RÉORGANISATION DES SERVICES SPÉCIALISÉS ET DES SERVICES DIAGNOSTIQUES

L'actualisation du modèle d'organisation des services médicaux spécialisés souhaité dans le portfolio des services de médecine élaboré par le CIUSSS de la Capitale-Nationale nécessite des changements dans l'organisation des services spécialisés et des services diagnostiques de l'établissement. Cette réorganisation a fait l'objet de plusieurs présentations auprès des instances consultatives du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Le plan final de réorganisation des services spécialisés et des services diagnostiques sera déposé au conseil d'administration pour adoption en 2017. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale pourra réaliser les changements souhaités lorsqu'ils auront été approuvés par le conseil d'administration.

3.2.12.4 REHAUSSEMENT DES UNITÉS ENDOSCOPIQUES

Afin de se conformer aux standards de qualité et d'optimiser la pratique de la coloscopie au sein des installations, un plan d'action interdirection est en cours. Différents aspects y sont abordés, notamment l'organisation des services, le retraitement des dispositifs médicaux, les normes de pratique clinique de même que les normes d'aménagement. Ce projet s'inscrit dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal qui vise à détecter et à traiter le cancer colorectal avant l'apparition de signes et de symptômes.

3.2.12.5 GUICHET D'ACCÈS POUR LA CLIENTÈLE ORPHELINE (GACO)

Le 11 avril 2016, le MSSS procédait au déploiement d'un nouveau système informatique soutenant les activités des guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO). Ce nouvel outil, le guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) est directement accessible par la population via le Web. La mise en place de ce nouveau système a également été l'occasion de revoir l'organisation des guichets d'accès de chacun des réseaux locaux de services de la région. Cette démarche d'optimisation, soutenue par une volonté d'améliorer et d'uniformiser la qualité des services offerts à la clientèle sans médecin de famille, a mené à la réalisation des quatre projets suivants :

- La centralisation des activités administratives des quatre GACO ;
- L'élaboration et l'actualisation d'un plan de communication destiné à la population et aux partenaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- L'élaboration d'une procédure d'attribution de la clientèle sans médecin de famille ;
- L'élaboration d'une procédure de traitement des insatisfactions de la clientèle.

Voici quelques données sur les patients enregistrés au GAMF des quatre GACO de la région de la Capitale-Nationale au 31 mars 2017 :

- 51 255 patients enregistrés au GAMF en attente d'un médecin de famille ;
- 31 271 patients nouvellement enregistrés au GAMF depuis le 11 avril 2016 ;
- 22 168 patients pris en charge par un médecin de famille depuis le 11 avril 2016.

3.2.12.6 PORTFOLIO DES SERVICES DE MÉDECINE

À la demande du MSSS, la DSP a élaboré le portfolio des services de médecine offerts dans ses diverses installations. Ce document se présente en deux sections, soit la situation actuelle et la vision de l'organisation des services médicaux spécialisés dans l'établissement. Cette vision, définie en considérant les enjeux présents sous chacun des piliers du Vrai Nord, propose un modèle d'organisation des services médicaux spécialisés s'appuyant grandement sur des partenariats formels établis et convenus avec les deux autres établissements de la région, soit le CHU de Québec-Université Laval et l'IUCPQ-UL. Ces partenariats sont réalisés dans un souci du respect des missions respectives de chacun, d'une hiérarchisation des services et de leur continuité. Comme il est mentionné dans diverses communications ministérielles, la surspécialisation médicale peut y trouver sa place, mais celle menant à des habitudes de pratique exclusive dite « de niche » ne correspond pas au modèle

souhaité. Les médecins d'une surspécialisation doivent demeurer des praticiens de leur spécialité et en partager les services généraux.

3.2.12.7 GOUVERNANCE MÉDICALE

Près de deux ans après sa création, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a entrepris une démarche de révision de son plan d'organisation clinique afin de l'adapter davantage aux particularités de la pratique médicale dans ses diverses installations et à sa vision de l'organisation des services médicaux. Cette vision est notamment confirmée dans le portfolio des services de médecine produit par l'établissement.

Le nouveau plan d'organisation des départements cliniques a été adopté par le conseil d'administration. En complément à ce plan, un document portant sur la gouvernance médicale a été élaboré. Il confirme, entre autres, les modes de fonctionnement qui devraient prendre place dans les différents départements cliniques de l'établissement.

3.2.12.8 PROGRAMME DE CANCÉROLOGIE

En cohérence avec les priorités du plan directeur en oncologie du MSSS, le Programme de cancérologie du CIUSSS de la Capitale-Nationale a été transmis au MSSS. En découle le Plan d'action 2016-2017 dont voici les principales réalisations.

- La mise en place de la gouvernance en cancérologie, incluant la consolidation des comités de coordination et de gestion en cancérologie du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Pour la prochaine année, l'objectif est de bâtir une gouvernance régionale avec nos partenaires de l'IUCPQ-UL et du CHU de Québec-Université Laval, afin d'améliorer la fluidité des trajectoires.
- Un taux de participation de 100 % des technologues en mammographie lors de la formation en ligne sur le positionnement en mammographie.
- La vigie des cibles ministérielles et l'amélioration des délais d'attente en chirurgie oncologique et aux activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein.
- Le début des travaux sur le dépistage de la détresse chez les personnes atteintes de cancer.
- Des ententes formelles sur les corridors de services avec les centres de référence et les centres affiliés de la région de la Capitale-Nationale, en cancérologie pulmonaire et pour le cancer de l'œsophage.
- L'entente de service avec le CHU de Québec-Université Laval pour le Registre québécois du cancer.

- La poursuite de l'analyse de l'offre de service actuelle du CIUSSS de la Capitale-Nationale et la définition des améliorations organisationnelles et cliniques à apporter à la trajectoire des personnes atteintes de cancer.

La DSP poursuit ses travaux afin d'adapter le Programme de cancérologie aux besoins de la population, d'optimiser l'offre de soins et de services et d'offrir les soins et les services de façon intégrée et en continuité.

3.2.12.9 NOUVELLE APPROCHE EN TRAUMATOLOGIE

L'équipe des services préhospitaliers d'urgence du CIUSSS de la Capitale-Nationale a été précurseur au plan provincial par l'élaboration d'une formation visant à modifier l'évaluation clinique préhospitalière en traumatologie. Elle est aussi la première à l'avoir implanté au Québec. Le but visé de la formation est d'améliorer la spécificité et la sensibilité de l'évaluation préhospitalière en traumatologie afin d'identifier les traumatisés les plus gravement blessés, et le cas échéant, les diriger vers les centres hospitaliers désignés en traumatologie de la région. Une étude rétrospective utilisant des indicateurs préhospitaliers et hospitaliers a permis de juger de l'adéquation entre les besoins du traumatisé et l'offre de service de l'urgence de destination et, pour la majorité, du centre hospitalier associé. Sur une période de quatre mois, 1 200 traumatisés classifiés dans une des cinq catégories de la nouvelle échelle d'évaluation, ont été analysés. L'étude a démontré que 97,7 % des traumatisés ont été dirigés vers l'urgence en mesure de leur offrir les soins correspondant à la gravité de leurs blessures.

3.2.12.10 CENTRE DE FORMATION PARAMÉDICALE

Le Centre de formation paramédicale a offert 8 800 heures de formation aux paramédicaux, 2 424 heures de formation aux premiers répondants et 3 152 heures de formation RCR aux employés du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Il est intéressant de souligner qu'à la demande de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale, la DSP a réparti les paramédicaux instructeurs dans différents lieux sur le territoire : La Malbaie, Baie-Saint-Paul, Pont-Rouge, Donnacona, Saint-Raymond-de-Portneuf ainsi que Saint-Marc-des-Carrières. Cette formation s'inscrivait dans le processus d'amélioration continue, à la suite du retour sur les événements survenus à la mosquée de Québec le 29 janvier 2017.

Les paramédicaux instructeurs ont participé à deux événements d'importance au cours de la dernière année. Le premier était une formation de « Héros en trente » où 180 citoyens ont suivi une formation gratuite de 30 minutes pour apprendre les bases du RCR et l'utili-

sation d'un défibrillateur externe automatisé (DEA). Le deuxième événement est la campagne « Reste en vie, Portneuf cardio-sécuritaire ». Lors de la journée de lancement, 125 citoyens ont eu droit à une journée de formation gratuite en RCR-DEA. La formation s'est poursuivie pendant quelques semaines et a permis de former 500 citoyens de plus dans la région de Portneuf, et ce, dans toutes les catégories d'âge. L'objectif de ces événements est d'enseigner à la population, en quelques manœuvres simples, la désobstruction des voies respiratoires chez l'adulte, l'enfant et chez le bébé.

3.2.12.11 CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ DES CAPITALES

L'équipe du Centre de communication santé des Capitales a déménagé, changé son infrastructure technologique, son système de communication et son système de répartition assisté par ordinateur, et ce, en toute transparence pour la population des régions 02, 03 et 10. Il s'agit du premier centre de communication santé à réussir tous ces changements simultanément. Ces changements permettront d'améliorer le temps de réponse pour les problèmes de santé urgents et dont le pronostic est chronodépendant de la répartition des équipes ambulancières dans la région 03. De plus, le centre favorisera une meilleure vigilance des indicateurs de performance pour l'ensemble des services préhospitaliers d'urgence offerts.

3.2.13 DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS (DSI)

La direction des soins infirmiers chapeaute trois volets. Le volet soins infirmiers, soutien et développement de la pratique, a la responsabilité du développement des pratiques, du soutien clinique en soins infirmiers et de la prévention et du contrôle des infections. Le volet de la coordination des activités, quant à lui, assure une couverture régionale de gestion le soir, la nuit, la fin de semaine et les jours fériés. Enfin, le volet des services santé courants et soins de courte durée comprend les soins infirmiers courants, les soins infirmiers en groupe de médecine de famille et en clinique-réseau Québec, plusieurs programmes spécifiques (Info-Santé, Centre antipoison du Québec, Traité santé, Alliance, infirmières pivots en oncologie), les services de prélèvements, la Clinique de santé des réfugiés ainsi que les unités de soins de santé physique.

3.2.13.1 FAITS SAILLANTS

- L'optimisation des services de prélèvements a généré une capacité additionnelle de 45 000 prélèvements par année et une réponse respectant les normes ministérielles quant aux délais d'accès.
- La campagne de vaccination massive (première expérience en mode CIUSSS) a été coordonnée

de façon à maximiser l'accès sur l'ensemble du territoire avec des plages de rendez-vous et sans rendez-vous. La contribution exceptionnelle du personnel et des gestionnaires a permis de réaliser cette opération avec succès. Plus de 60 024 vaccins ont été administrés.

- La réorganisation de la Clinique santé des réfugiés en services intégrés était devenue nécessaire compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes accueillies au cours de l'année. L'installation du Jeffery Hale – Saint Brigid's réunit toutes les conditions recherchées : milieu bilingue, proximité des services de prélèvements, des services d'urgence et du centre multiethnique, ainsi qu'un accès facile par transport en commun.
- Le développement d'un programme d'orientation-intégration destiné aux infirmières et aux infirmières auxiliaires nouvellement embauchées. Cette activité réalisée à l'embauche vise notamment à initier le personnel en soins infirmiers aux normes et standards de pratique en vigueur dans l'établissement.
- Le déploiement du droit de prescrire pour les infirmières a été coordonné par l'équipe de conseillères en soins infirmiers. Au cours de l'année, 122 infirmières se sont prévaluées de leur droit de prescrire.
- La mise en place d'une garde 24/7 pour les victimes d'agression sexuelle en collaboration avec le CHU de Québec-Université Laval est un projet novateur qui a permis la formation d'une équipe spécialisée composée d'infirmières du CIUSSS de la Capitale-Nationale ainsi que des médecins et des intervenantes sociales de l'organisme Viol-Secours. Depuis juillet 2016, 105 trousseaux médico-légaux ont été utilisés pour l'intervention auprès des victimes.
- La création d'un modèle de soins de plaies hiérarchisé en trois niveaux permet d'atteindre de hauts standards de qualité. En effet, toutes les infirmières effectuant des soins de plaies reçoivent une formation standardisée. Ces dernières bénéficient d'un soutien clinique offert par des piliers cliniques répartis sur tout le territoire et dans toutes les directions concernées. De plus, un troisième niveau permet d'offrir le soutien d'un conseiller clinique expert lors de situations très complexes.
- L'aménagement de deux chambres de soins palliatifs à l'unité de courte durée de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul, avec le soutien de la Fondation de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul. Cet aménagement est conçu spécifiquement pour les usagers en fin de vie et leurs proches.

- L'implantation de la phase 2 de la démarche du programme AMPRO plus pour l'unité de naissance à l'Hôpital de La Malbaie. Ce programme vise à réduire les risques et les erreurs obstétricales pouvant survenir dans une unité.

Une réorganisation de la coordination d'activités a été effectuée par l'ajout de deux équipes de coordonnateurs (équipe du CHU de Québec-Université Laval et équipe de soutien à la gestion des ressources humaines) et l'intégration de nouveaux mandats.

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

La DEAU dispense des soins de santé et des services sociaux de qualité dans les groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) et soutient le développement de l'innovation et de l'excellence par l'intégration de la mission universitaire aux activités cliniques et de soutien au CIUSSS de la Capitale-Nationale, de même qu'au Québec.

3.2.14.1 GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE UNIVERSITAIRES (GMF-U)

Faits saillants :

- Le maintien d'une offre de soins de santé et de services sociaux de qualité et sécuritaires ;
- La réalisation d'une démarche d'appropriation et de gestion du changement pour l'application du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF) et du Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U), au 1^{er} avril 2017.

3.2.14.2 ENSEIGNEMENT ET AFFAIRES UNIVERSITAIRES

Faits saillants :

- Animation d'une démarche interdirections qui a mené à l'adoption de la structure de gouvernance de la mission universitaire par le comité de coordination clinique ;
- Réalisation d'une vaste démarche de consultation, en collaboration avec la DRHC, qui a mené à l'adoption de la Politique relative à l'enseignement ;
- Démarche de concertation interdirections, en collaboration avec la DRHC, pour élaborer et faire adopter les procédures liées à l'enseignement ;
- Réalisation d'une démarche interdirections entre la DEAU, la Direction de la recherche, la Direction

de la jeunesse et la Direction de la protection de la jeunesse qui a mené au dépôt au MSSS du bilan à mi-parcours, pour la désignation universitaire liée au Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire (CJQ-IU) ;

- Actualisation du guichet enseignement qui répond à l'ensemble des demandes ponctuelles liées à l'enseignement ;
- Mise en place du Bureau d'innovation et de gestion des connaissances, qui soutient les directions de programme et documente les réalisations liées à la mission universitaire ;
- Soutien de six projets prioritaires de transformation au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale, par l'intermédiaire d'un ou plusieurs volets de la mission universitaire ;
- Accueil et formation de 6 000 étudiants et de 180 résidents ;
- Neuf projets d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) en cours, pour soutenir la prise de décision, deux terminés et rendus disponibles au RUIS-UL et au Québec ;
- Dix pratiques de pointe en cours de développement, ayant une valeur ajoutée pour la clientèle du CIUSSS de la Capitale-Nationale dont huit sont terminées et implantées ;
- Offre de 57 formations (formations réseau : répertoires, sur mesure et observation, autodidacte et accompagnement au réseau) regroupant 440 participants au total ;
- Réalisation de 39 produits de valorisation des connaissances et de rayonnement ;
- Contribution étroite avec les centres de recherche pour le développement de pratiques innovantes et de pointe, ainsi que d'activités visant l'application et la pérennité des pratiques au bénéfice de la population ;
- Partenariat avec le MSSS et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour augmenter les retombées de la mission universitaire pour le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ;
- Financement de trois projets ministériels pour l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) tels que l'intégration des travailleurs sociaux en GMF, le guide d'intervention avec le MSSS et le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) ;

- Fusion en cours des services documentaires pour la création d'une bibliothèque au CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Réalisations de la bibliothèque (ces données incluent les ententes de services documentaires avec les partenaires) :
 - 4015 prêts de documents ;
 - 8819 prêts entre bibliothèques (articles) ;
 - 1427 recherches documentaires.
- Les services audiovisuels ont répondu à 1 674 demandes de soutien pour l'organisation d'événements et la production de vidéos.

3.2.15 DIRECTION DE LA RECHERCHE (DR)

La mission de la Direction de la recherche (DR) consiste à stimuler l'avancement des connaissances, des approches et des technologies ainsi qu'à intégrer une démarche scientifique à la pratique. Elle vise particulièrement à faire évoluer les soins et les services offerts à la population vers les meilleurs standards de qualité et de performance.

La Direction de la recherche regroupe quatre centres de recherche :

- Le Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRISS) ;
- Le Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL) ;
- Le Centre de recherche CERVO ;
- Le Centre de recherche du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

Disposant d'un budget de 34 942 139 \$ en financement externe (subventions et bourses de recherche et subventions pour des projets d'infrastructure de recherche), elle compte :

- 291 chercheurs ;
- 191 professionnels de recherche ;
- 561 étudiants de 2^e et 3^e cycles, et stagiaires postdoctorat ;
- 569 projets de recherche en cours.

Vous trouverez ci-dessous la mission et les faits saillants 2016-2017 de chacun des centres de recherche.

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

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

Faits saillants :

- Le CIRRIS a accueilli sa nouvelle directrice scientifique, Catherine Mercier. Membre active du CIRRIS, depuis plus de 11 ans, madame Mercier s'intéresse particulièrement aux interactions entre la douleur et l'apprentissage moteur.
- En février 2017 avait lieu l'inauguration du département de recherche à l'enfance du CIRRIS au point de service de l'IRD PQ du chemin Saint-Louis. Le déplacement de certains chercheurs vers cette installation avait pour objectif de les rapprocher de la clientèle jeunesse et d'accroître la recherche dans ce secteur.

Prix et distinctions :

- **Alexandre Campeau-Lecours** a remporté le Concours jeunes chercheurs de la Journée scientifique REPAR-INTER 2016 pour ses travaux dans le domaine des aides techniques « Développement d'algorithmes intelligents permettant d'augmenter l'efficacité du robot d'assistance JACO » ;
- **Hélène Moffet**, physiothérapeute et chercheuse, a reçu le *Prix Carol L. Richards 2016*, de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, afin de souligner son parcours professionnel exceptionnel ;
- **Laurent Bouyer** a été nommé à la direction scientifique du Centre thématique de recherche en neurosciences (CTRN) de l'Université Laval ;
- **Luc Noreau**, directeur scientifique du CIRRIS a reçu le prix de reconnaissance, volet chercheur, du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR) ;
- **Philip Jackson**, chercheur au CIRRIS et au Centre de recherche CERVO a été nommé membre du

Collège de nouveaux chercheurs et créateurs en art et en science par la Société royale du Canada. Les individus nommés au Collège représentent la nouvelle génération de l'excellence intellectuelle, scientifique et artistique au Canada.

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

Le CERSSPL-UL est une infrastructure interdisciplinaire et intersectorielle de recherche qui a pour mission de produire des connaissances scientifiques de haut niveau. Celles-ci appuient l'innovation et le développement d'expertises au sein des établissements de santé et de services sociaux et en soutien à la transformation et à l'optimisation des pratiques et des modes d'organisation en première ligne, au bénéfice de la population.

Faits saillants :

- En 2016-2017, la venue de 18 nouveaux chercheurs a permis une consolidation du centre. Le CERSSPL-UL regroupe maintenant 54 chercheurs réguliers et 39 chercheurs associés ou collaborateurs. L'objectif de fédérer les forces vives en recherche en première ligne est atteint.
- Le centre est maintenant cofinancé par le Fonds de recherche du Québec – Santé et le Fonds de recherche du Québec – Santé et culture. Pour sa mise en marche, il a bénéficié également d'un financement du CIUSSS de la Capitale-Nationale, du MSSS et de l'Université Laval.
- En février, le CERSSPL-UL s'est installé dans les locaux du Pavillon Landry-Poulin. Une partie de l'équipe a emménagé et d'autres chercheurs s'y installeront au cours des prochains mois.

Prix et distinctions :

- **Annie Leblanc** a été désignée directrice adjointe de la composante « Recherche en système de santé, application des connaissances et mise en œuvre de l'Unité de soutien stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) du Québec », ayant pour objectif de contribuer à répondre, par des actions concrètes, aux besoins des patients et des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ;
- **Bernadette Dallaire** a été nommée codirectrice de l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval ;
- **Catherine Vallée**, chercheuse au CERSSPL-UL et au Centre de recherche CERVO, a reçu le prix du mérite 2016 du Conseil interprofessionnel du Québec ; un prix décerné sur la recommandation d'un ordre professionnel, pour souligner

l'excellence de la carrière d'un membre qui s'est distingué par son apport au service de sa profession et de son ordre ;

- **Edeltraut Kröger** a été nommée membre du conseil scientifique de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ainsi que membre du comité d'éthique de la recherche sectoriel en santé publique et soins de première ligne au CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- **France Légaré** est titulaire, depuis le 1^{er} juin 2016, d'une chaire de recherche du Canada senior niveau 1 en décision partagée et application des connaissances (Budget : 1 400 000 \$) ;
- **Marie-Pierre Gagnon** a obtenu une subvention et est coresponsable de l'antenne Réseaux universitaires intégrés de santé – Université Laval de l'Unité SOUTIEN « Stratégie de recherche en partenariat avec les patients et le public », en collaboration avec la patiente partenaire Priscille-Nice Sanon ;
- **Serge Dumont**, directeur scientifique du CERSSPL-UL, a été nommé au comité d'excellence clinique en services de santé de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), ainsi qu'au comité directeur de l'Unité soutien SRAP-FRQS-IRSC.

3.2.15.3 CENTRE DE RECHERCHE CERVO

Le Centre de recherche CERVO se consacre exclusivement à l'étude des neurosciences et de la santé mentale. Sa mission est de faire progresser les connaissances sur les causes et le traitement des maladies neurologiques et psychiatriques, par le développement de nouvelles technologies et méthodologies pour percer les mystères du cerveau et par l'arrimage continu entre la recherche fondamentale et la recherche clinique.

Faits saillants :

- En février 2017, le Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (CRIUSMQ) devient le Centre de recherche CERVO. Ce nouveau nom est plus évocateur de son importante mission qui consiste à faire progresser les connaissances sur les causes et le traitement des maladies neurologiques et psychiatriques, dans un environnement axé sur les technologies de pointe.
- Le CERVO du CIUSSS de la Capitale-Nationale se classe au 25^e rang du palmarès des principaux hôpitaux de recherche au pays selon le *Canada's Top 40 Research Hospitals List*, information dévoilée par *Research InfoSource*. Chaque année, ce palmarès identifie les hôpitaux de recherche

canadiens les plus performants et identifie le CERVO comme étant l'un des centres de recherche connaissant la meilleure croissance et l'un des trois principaux centres de recherche au Canada dans le domaine des neurosciences et de la santé mentale.

- Le gouvernement du Québec accorde une aide financière de 23 686 000 \$ au Centre de recherche CERVO pour appuyer la réalisation d'un projet d'infrastructure de recherche en santé mentale. Estimé à 29 608 342 \$, ce projet consiste à aménager des laboratoires de neurophotonique, une unité de recherche de pointe en neuro-imagerie, et à acquérir de nouveaux équipements pour propulser la recherche à l'interface des neurosciences et de la psychiatrie. Ces investissements ont permis, entre autres, d'accueillir la Chaire d'excellence en recherche du Canada sur la neurophotonique, dont le titulaire est le psychiatre et ingénieur physicien Pierre Marquet, chercheur reconnu internationalement.
- Le Centre de recherche CERVO a également reçu trois subventions du Fonds d'investissement stratégiques totalisant près de 15 M\$. Ces subventions financent trois nouveaux projets soit la neuromédecine personnalisée, un Centre d'excellence sur les psychothérapies pour troubles de santé mentale et une programmation de recherche visant à intégrer la recherche fondamentale et clinique sur le neuro-développement en santé mentale.
- Le docteur Yves De Koninck fait partie d'un groupe de recherche qui a trouvé une technique pour reconnecter des neurones. Cette découverte fait partie des 10 meilleures découvertes de 2016 au Québec selon *Québec Science*. Il a également obtenu le *Distinguished Career Award* de la Société canadienne de la douleur.

Prix et distinctions :

- **André Parent** a été nommé officier de l'Ordre national du Québec. André Parent est une sommité mondiale de la neuroanatomie ; il est reconnu pour la qualité, l'originalité et l'importance de ses travaux de recherche ;
- **Charles Morin** a reçu le prix *Sleep Research Society Distinguished Scientist Award* pour l'impact positif de sa contribution dans le domaine du sommeil ;
- **Jean-Pierre Julien** a été élu à la Société royale du Canada. L'élection à la Société royale du Canada constitue le plus grand honneur qui puisse être accordé à un universitaire qui travaille dans les domaines des arts, des lettres et des sciences.

3.2.15.4 CENTRE DE RECHERCHE DU CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC – INSTITUT UNIVERSITAIRE (CRCJQ-IU)

Ce centre effectue des travaux de recherche qui ont pour objectifs de développer des connaissances sur les jeunes en difficulté et leur famille afin d'améliorer les services qui leur sont offerts.

Faits saillants :

- En janvier 2017, un rapport de mi-mandat a été déposé au MSSS. Élaboré en collaboration avec la direction de l'enseignement et des affaires universitaires et les directions des programmes-services, il fait état des réalisations du centre de recherche depuis son renouvellement en 2013 à titre d'institut universitaire. Cette démarche a permis de définir, en tenant compte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, une nouvelle structure de gestion de la recherche bien arrimée aux besoins de l'établissement. Elle aura également permis de définir les balises en vue d'une révision de la programmation de recherche pour intégrer le continuum des services de première et deuxième lignes.
- Le centre de recherche a aussi poursuivi le développement de cartes conceptuelles conçues à partir de recensions d'écrits. Ces cartes permettent de cerner les facteurs et les dynamiques en jeu dans les problématiques cliniques rencontrées chez les familles recevant des services sociaux. Elles servent également au développement des protocoles d'évaluation des jeunes et des familles.

L'expertise des chercheurs du Centre de recherche du CRCJQ-IU a également été mise à profit dans le développement d'initiatives telles que :

- L'école d'été lancée en 2016 aura permis d'offrir des formations sur l'approche relationnelle, les méta-analyses et l'approche « S'occuper des enfants (SOCEN) » ;
- La constitution d'activités de recherche autour de deux cohortes clientèle (0-5 ans et 14 ans et plus) en vue d'approfondir nos connaissances des services et des trajectoires des jeunes suivis en protection de la jeunesse ;
- Le développement d'un projet de centre de la petite enfance accueillant des enfants négligés afin de leur donner accès à des services spécialisés et de favoriser leur développement optimal ;
- Le développement d'un Centre de services intégrés en abus et en maltraitance (CSIAM) qui s'inspire du modèle *Child Advocacy Center* reconnu pour ses services multidisciplinaires, intersectoriels,

collaboratifs et centrés sur l'enfant. Les chercheurs du centre de recherche ont évalué la faisabilité de ce projet.

3.2.16 DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES (DST)

La priorité de la direction en 2016-2017 était de compléter la mise en place de la nouvelle structure organisationnelle, fruit de la fusion de 11 anciens établissements, en s'assurant qu'elle soit pleinement fonctionnelle et en favorisant chez les gestionnaires l'appropriation de leurs nouveaux rôles.

3.2.16.1 HARMONISATION ET LA STANDARDISATION DES PROCESSUS

L'harmonisation et la standardisation des processus se sont poursuivies au cours de l'année, notamment dans les secteurs suivants :

- L'amélioration du processus de gestion du portefeuille de projets immobiliers de façon à prioriser les projets et à s'assurer d'une reddition de compte adéquate à l'étape de la réalisation ;
- La révision des plans de sécurité incendie dans l'ensemble des installations en propriété est en voie d'être complétée ;
- La révision de l'offre des services de sécurité afin de répondre aux besoins des intervenants et des clientèles avec respect et professionnalisme, et ce, au meilleur coût possible ;
- L'actualisation du plan d'action en hygiène et salubrité au regard des lignes directrices du MSSS ;
- L'élaboration d'un programme d'entretien préventif de l'équipement et des appareils biomédicaux pour l'ensemble du territoire.

3.2.16.2 OPTIMISATION DES ESPACES

Le projet d'optimisation de l'occupation des locaux s'est poursuivi avec la réalisation de plus de 2 500 déménagements au cours de l'année, apportant les bénéfices escomptés, soit :

- La diminution des dépenses de location de 400 000 \$ en 2016-2017 et de près de 2 M\$ de dollars par année à terme ;
- Le regroupement des membres des équipes dans tous les arrondissements et les municipalités régionales de comté (MRC) afin d'améliorer les liens fonctionnels et d'offrir des services de proximité aux usagers ;
- La disponibilité de certains espaces afin de démarrer l'offre de nouveaux services (CRDS, Info Social, NSA, etc.).

3.2.16.3 PROJETS IMMOBILIERS

En collaboration avec les directions cliniques et de recherche, des projets immobiliers majeurs ont été développés pour lesquels le soutien gouvernemental a été obtenu ou est en voie de l'être.

Le projet de construction du nouvel hôpital de Baie-Saint-Paul, qui abritera également un centre d'hébergement, progresse dans le respect des objectifs budgétaires, des échéanciers et de l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins et des services. La livraison de la phase 1 comprend essentiellement le déménagement des deux centres d'hébergement de Baie-Saint-Paul vers le nouveau bâtiment.

Activation

L'étape d'activation permet de passer du bâtiment construit par l'entrepreneur à un milieu de vie, de soins et de travail fonctionnel et sécuritaire. Au terme de cette étape, les espaces seront prêts à accueillir les résidents et les membres du personnel, et ce, dès le début du déménagement.

3.2.17 DIRECTION DE LA LOGISTIQUE (DL)

Après avoir consacré l'exercice 2015-2016 à la mise en place de sa nouvelle structure opérationnelle, l'année 2016-2017 a permis à la Direction de la logistique de réaliser plusieurs révisions de processus, et ce, dans le but d'améliorer l'accès et la qualité à ses services.

3.2.17.1 GUICHET LOGISTIQUE

À la suite de la création du guichet en début d'année, l'équipe en place a constaté son rôle névralgique dans le soutien à la dispensation des soins. L'équipe a apporté certains changements dans son horaire de travail afin de permettre une couverture des besoins en continu. Les changements suivants ont été apportés :

- Les heures d'ouverture sont de 8 h à 16 h, sans interruption de service sur l'heure du dîner.
- Un service d'urgence pour les transports a été mis en place de 16 h à 8 h afin de pouvoir répondre aux demandes urgentes.
- Une nouvelle option a été ajoutée dans le menu afin de prendre en charge les transports sécurisés pour les services de psychiatrie et les équipes jeunesse.

3.2.17.2 OFFRE DE SERVICE EN TRANSPORT SÉCURISÉ

En collaboration avec les programmes-services, l'équipe du transport de la DL a réorganisé les transports sécurisés. Ils sont maintenant effectués par une équipe composée d'agents de sécurité formés spécialement

pour l'accompagnement de la clientèle. Afin de conserver un côté humain au transport et par souci de discrétion et de confidentialité, deux agents en civil sont présents lors de ces transports dans un véhicule banalisé du CIUSSS de la Capitale-Nationale et spécialement adapté à la protection de la clientèle. Cette nouvelle approche a grandement diminué les délais d'attente.

3.2.17.3 HARMONISATION DE L'OFFRE ALIMENTAIRE

En collaboration avec nos partenaires des régions 03 et 12, l'aboutissement d'un travail de plus de deux années a permis de définir une offre alimentaire évolutive qui répond aux critères de qualité et de sécurité du MSSS. De concert avec les comités d'usagers, cette offre est actuellement en déploiement dans l'ensemble de l'organisation.

Devant la pertinence des travaux effectués, le MSSS a demandé le partage de l'expertise développée à l'ensemble de la province. Les équipes de la DL et ses partenaires ont donc présenté l'ensemble des outils et instruments développés.

Un des événements marquants de la dernière année est sans aucun doute la préparation de la présentation de cette offre alimentaire associée à une dégustation des nouvelles recettes. Dans le but de bien expliquer à la population les bénéfices de la nouvelle offre alimentaire, le ministre de la Santé et des Services sociaux a proposé l'organisation d'une dégustation où étaient conviés usagers, députés et journalistes. Cette activité a permis de démontrer les requis nutritionnels et de sécurité souhaités pour les différentes clientèles tout en maintenant le côté savoureux des recettes de l'établissement.

3.2.17.4 AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE POUR LES RÉGIONS DE PORTNEUF ET DE CHARLEVOIX

L'informatisation des menus dans les centres d'hébergement de Portneuf et de Charlevoix était un projet prioritaire pour la direction au regard de la gestion des risques. Cette importante mise à niveau a permis de sécuriser grandement la distribution des repas aux résidents. L'informatisation des menus est maintenant effectuée pour l'ensemble de notre territoire. Voici les gains reliés à cet exercice pour notre clientèle :

- Identification des plateaux avec le nom et le numéro de chambre du résident pour s'assurer d'offrir le bon plateau à la bonne personne ;
- Affichage des restrictions alimentaires et des allergies du résident pour s'assurer d'informer le personnel et sécuriser la prise des repas ;

- Présentation du menu détaillé pour éviter les erreurs d'aliments et permettre au personnel de vérifier le contenu du plateau et de présenter le menu au résident ;
- Inscription des tailles de portions pour un meilleur suivi de la consommation du résident ;
- Traitement informatique des préférences et aversions pour un meilleur ajustement du menu ;
- Traitement informatique du plan alimentaire prescrit par le nutritionniste effectué par une technicienne en diététique.

3.2.17.5 POLITIQUE DE GESTION DES STATIONNEMENTS

Dans un souci d'équité pour l'ensemble de la clientèle et des employés, il était impératif de revoir et d'unifier les différentes pratiques de gestion des stationnements. Après avoir consulté des programmes-services, certaines instances syndicales et le comité de direction, une politique de gestion des stationnements répondant à la circulaire du MSSS a été entérinée par le conseil d'administration. Elle visait les objectifs suivants :

- L'uniformisation des pratiques, des systèmes et des fonctionnalités sur l'ensemble du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- L'accessibilité aux aires de stationnement et aux services pour les utilisateurs des aires de stationnement du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- L'équité par le traitement et la tarification des services offerts aux utilisateurs des aires de stationnement du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Le MSSS exigeait la mise en place de la nouvelle tarification pour la clientèle au 31 mars 2017. Les équipes ont travaillé avec ardeur et l'objectif a été atteint selon les délais prescrits.

3.2.17.6 PARC DES AIDES TECHNIQUES

Cette année, l'équipe du parc des aides techniques a relevé tout un défi, soit de rapatrier la gestion physique des équipements appartenant au PARC. Outre les gains financiers qui en découlent, la DL en processus d'amélioration continue, vise la diminution des délais de traitement des demandes. Grâce à un meilleur suivi de ses inventaires et à des budgets provenant de la DI-TSA-DP, la liste d'attente a été considérablement réduite.

3.2.17.7 UNITÉ DE RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX (URDM)

Dans un souci d'amélioration de la sécurité et la qualité, plus de la moitié des procédures de retraitement ont été révisées en collaboration avec la Direction des soins infirmiers. En plus de ces révisions, des aménagements

physiques dans trois de nos unités de retraitement ont permis de répondre à des préoccupations d'amélioration de la sécurité de nos processus.

3.2.17.8 HARMONISATION DES FAMILLES DE PRODUITS EN APPROVISIONNEMENT

Dans la dernière année, la DL a entrepris l'harmonisation des familles de produits à des fins d'économies substantielles. Trois familles étaient visées en priorité, soit les fournitures de bureau, les gants médicaux et les denrées alimentaires.

3.2.17.9 CARTE D'IDENTITÉ ET ACCÈS

L'équipe de la DL a produit plus de 16 000 cartes pour l'identification des employés du CIUSSS de la Capitale-Nationale. La carte, aux couleurs du nouveau visuel organisationnel, favorise le sentiment d'appartenance et répond aux exigences d'Agrément Canada. Le choix de cette carte avec puce intégrée permettra, dans la prochaine année, d'améliorer l'accès et la circulation dans les différentes installations de l'établissement.

3.2.18 DIRECTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES (DRI)

3.2.18.1 INTÉGRATION

Au cours de la dernière année, le regroupement physique des membres de l'équipe a permis l'harmonisation des outils et des processus de travail ainsi que la réalisation des premières actions vers l'intégration des 11 environnements technologiques de l'établissement pour favoriser des gains d'efficacité. Ses principaux avantages sont :

- La gestion à distance des 10 000 ordinateurs répartis sur l'ensemble du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale améliore l'efficacité de l'organisation pour soutenir le personnel et intervenir rapidement sur les postes ;
- Le regroupement des six centres d'assistance en un seul favorise un meilleur soutien à l'utilisateur ;
- L'amélioration du processus des déménagements a permis de relocaliser 1 700 employés dans le cadre du plan d'optimisation des espaces de l'établissement ;
- L'harmonisation des processus clés, notamment le processus de gestion des renouvellements des contrats de service et la normalisation des principales composantes informatiques ;
- Le Kaizen stratégique a permis d'identifier 26 projets distincts pour continuer l'amélioration des processus. Ces projets seront mis en place dans les 18 prochains mois.

3.2.18.2 PROJETS DE MIGRATION

Afin d'assurer la continuité des services, plusieurs projets de migration ont été menés à terme, notamment la conversion de 11 000 boîtes courriel vers une version plus évoluée et le transfert de 2 100 appareils cellulaires vers un nouveau fournisseur. À la suite du remplacement du mécanisme d'accès à distance du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), plus de 1 500 jetons d'accès physique ont été transférés vers des jetons logiciels. De plus, le plan de mise à niveau et de remplacement des serveurs et des concentrateurs réseau en fin de vie a été renforcé.

La direction a contribué à la réalisation de projets organisationnels en assurant la mise en place des systèmes et des équipements informatiques et téléphoniques nécessaires, comme, entre autres, au nouveau centre de répartition des demandes de services (CRDS). Elle poursuit ses travaux de consolidation des systèmes d'information, de production et de distribution alimentaire, ceux pour le site internet de l'organisation et l'outil de partage de la documentation du CIUSSS de la Capitale-Nationale, ceux du déploiement du système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) et ceux relatifs à la fin du déploiement du système d'information de laboratoire TD Synergy^{MD} dans les centres de prélèvements et les laboratoires de l'organisation.

Systèmes d'information unifiés (SIU)

Dans le cadre du SIU, mis de l'avant par le MSSS, le projet de mise en place du dossier clinique informatisé Cristal-Net, en remplacement de sa version existante, a démarré et vise un premier déploiement dans les centres hospitaliers de la région de Charlevoix. Il inclura le module Dossier patient électronique (DPE) pour la numérisation des dossiers.

Systèmes de gestion

Le projet de fusion des 11 systèmes de gestion des activités financières, matérielles et de la paie a démarré dans le courant de l'année. Ce projet permettra aussi la préparation de la migration vers les deux systèmes nationaux qui seront choisis et utilisés par tous les établissements du réseau.

3.2.18.3 SÉCURITÉ DE L'INFORMATION

Les activités entourant la sécurité de l'information se sont graduellement mises en place en débutant par l'adoption d'une politique de sécurité de l'information, suivi par la formation du comité de sécurité de l'information et par des activités de sensibilisation du personnel. Le filtrage Web dans toutes les installations a, quant à lui, permis l'harmonisation et le resserrement de l'utilisation de la passerelle Internet. De plus, la mise en place d'un outil de surveillance des infrastructures informatiques contribue à assurer la disponibilité et la sécurité informations.

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

4.1 LE PROCESSUS

L'entente de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et le CIUSSS de la Capitale-Nationale répond aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de comptes issus de la Loi sur l'administration publique, de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et 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. Elle vise à apprécier l'évolution globale de la production de services et de la performance du réseau qui résulte de la mise en œuvre des grandes orientations du MSSS et du réseau de la Capitale-Nationale.

La reddition de comptes de l'entente de gestion porte sur deux catégories de résultats :

- Des résultats associés à des attentes spécifiques à l'égard du CIUSSS de la Capitale-Nationale par certaines directions générales du MSSS (chapitre III de l'entente de gestion CIUSSS de la Capitale-Nationale – MSSS). Nommés bien livrables, ces résultats consistent à la réalisation de processus administratifs dont rendent compte divers documents à transmettre au MSSS à des dates déterminées (listes, lettres, bilans, états de situation, validations, plans de travail, etc.) ;
- Des résultats à atteindre associés à des objectifs ministériels, dont ceux du Plan stratégique 2015-2020 pour l'année 2016-2017 (chapitre IV de l'entente de gestion CIUSSS de la Capitale-Nationale - MSSS). Ces résultats consistent en la mesure de la production et de la performance des services à l'aide d'indicateurs quantitatifs déterminés par le MSSS. Ils sont produits majoritairement à l'aide de deux outils ministériels, le tableau de bord de l'information de gestion (TBIG) et le système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED). Les indicateurs sont alimentés par les grandes banques clinico-administratives nationales ou par collectes spécifiques dans GESTRED.

Le bilan annuel de l'entente de gestion et d'imputabilité est l'occasion de présenter des informations explicatives sur les résultats, particulièrement sur les engagements non atteints. L'année financière terminée, une collecte d'informations est réalisée auprès de chaque direction afin qu'elle confirme les tendances observées, précise les raisons de la non-atteinte des cibles de l'année et les mesures prévues pour corriger la situation.

Les résultats 2016-2017 de la reddition de comptes sont regroupés en trois parties : les attentes spécifiques (les livrables du chapitre III de l'EGI), les indicateurs associés à la mesure des objectifs du plan stratégique et les indicateurs associés à certaines activités significatives pour le réseau de la santé et des services sociaux (chapitre IV de l'EGI).

Remarque importante sur l'appellation des anciens établissements

En attendant les normes qui régiront l'appellation des anciens établissements fusionnés et regroupés dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale et par commodité puisque les noms et les codes n'ont pas encore été modifiés dans les systèmes d'information, les anciens noms d'établissements ont été utilisés pour rendre compte des résultats. Le lecteur sera avisé qu'il s'agit bien des missions et des installations du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

4.2 LES ATTENTES SPÉCIFIQUES (CHAPITRE III)

SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)

Attente spécifique	Description	État
1.1 Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	Réalisé
1.2 Comité prévention et contrôle des infections nosocomiales	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	Réalisé

SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)

Attente spécifique	Description	État
2.1 Liste des installations et des organismes au sein du RSSS devant implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	NA – Reporté par le MSSS à l'année 2017-2018
2.2 Programme d'intervention en négligence	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	Réalisé
2.3 Consolidation du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (INFO SOCIALE)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'Offre de services sociaux généraux.	Réalisé
2.4 Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en centre d'hébergement de soins de longue durée public	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED 584 prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	Réalisé

Attente spécifique	Description	État
2.5 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	Réalisé
2.6 Application du nouveau lexique des variables du relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	Réalisé
2.7 Portrait des lits de soins et services postaigus	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services postaigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	Réalisé

SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)

Attente spécifique	Description	État
3.1 Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	Réalisé
3.2 Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs : Plan d'action triennal 2016-2019 et suivi des réalisations	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	Réalisé
3.3 Plan d'action par établissement réalisé sur la base du plan d'action national 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	Plan d'action réalisé. Auto-évaluation demandée pour le septembre 2017
3.4 Déploiement des groupes de médecine de famille	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	Réalisé

Attente spécifique	Description	État
3.5 Addenda – Mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB	L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser des actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	NA L'établissement serveur est le CHU
3.6 Poursuite du développement et du soutien de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	NA - Livrable retiré

SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFI)

Attente spécifique	Description	État
4.1 Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années, par installation principale	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisée dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	Réalisé
4.2 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Par l'achèvement du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et, finalement, voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	Réalisé

SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)

Attente spécifique	Description	État
5.1 Addenda – Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016-2017.	S.O.
5.2 Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile	Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables.	Réalisé

Attente spécifique	Description	État
5.3 Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	Réalisé
5.4 Gestion des risques en sécurité civile - santé et services sociaux	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource de celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite, en amont.	Réalisé
5.5 Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivi auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.	NA

SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)

Attente spécifique	Description	État
6.1 Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du groupe vigilance pour la sécurité des soins (GVSS)	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements liés la médication.	Réalisé
6.2 Diagnostic et plan d'action à l'égard des personnes handicapées	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	Réalisé

SECTION VII : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION (DGTI)

Attente spécifique	Description	État
7.1 Orientation stratégique du ministre en technologie de l'information des systèmes d'information unifiés	<ul style="list-style-type: none"> Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI); Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS; Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues; Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues; Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03). 	Réalisé

4.3 LES ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT

4.3.1 INDICATEURS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020

4.3.1.1 PRÉVENTION DES INFECTIONS

Objectif de résultat : 3

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

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)	3 280	3 033	3 532	3 532

* Résultats en date du 15 mai 2016 ** Résultats en date du 16 mai 2017

L'engagement est atteint pour ce qui est du nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez des jeunes de 15 à 24 ans. Le nombre d'activités de dépistage s'élève à 3 532, soit 499 de plus que l'engagement fixé à 3 033. De plus, le nombre d'activités a augmenté de 252 par rapport à 2015-2016 (3 280).

4.3.1.2 PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE – ACCESSIBILITÉ

Objectif de résultat : 4

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

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	25	30	28	30
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	76,3	77,8	79,9	85,0

* Résultats en date du 27 avril 2016 ** Résultats en date du 10 mai 2017

1.09.25-PS Nombre total de GMF

Selon les résultats du tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, 28 groupes de médecine de famille (GMF) sont implantés au terme de l'exercice 2016-2017. Il s'agit d'une augmentation d'un GMF comparativement à l'année dernière.

Bien que l'objectif était de 30 GMF implantés, nous avons en date de mai 2017, 30 GMF officiellement reconnu auprès du MSSS. Le GMF-U Laval-Québec a été reconnu le 30 janvier 2017 et le GMF-U Saint-François-d'Assise, le 20 mars 2017. Leurs opérations ont été effectives à compter du 1^{er} avril 2017. Le GMF MaClinique a, quant à lui, été reconnu le 20 février 2017 et ses opérations ont débuté le 1^{er} mai 2017.

D'autres projets de GMF sont en cours

Les 30 GMF reconnus se répartissent comme suit (résultats au rapport de la RAMQ du 12 mai 2017) : 1 GMF dans le réseau local de services (RLS) de Portneuf ; 17 GMF dans le RLS de Québec-Sud ; 10 GMF dans le RLS de Québec-Nord ; et 2 GMF dans le RLS de Charlevoix.

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

En 2016-2017, 77,8 % de la population est inscrite auprès d'un médecin de famille. Le résultat observé est de 79,9 %, soit 2,1 points de pourcentage de plus que ce qui était visé. De plus, le résultat est supérieur de 3,6 points à celui observé en 2015-2016.

4.3.1.3 PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE

Objectif de résultat : 5

Réduire le temps d'attente à l'urgence

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	7,5	7,5	7,42	7,0
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	64	69	62,8	80
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	78,1	81,9	76,6	86,1

* Résultats en date du 27 avril 2016 ** Résultats en date du 17 mai 2017

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

La durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence était de 7,42 heures en 2016-2017. L'engagement de ne pas dépasser 7,5 heures est donc atteint. La durée moyenne de séjour observée est de 1 % plus courte qu'en 2015-2016.

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

Le résultat observé à la période 13 indique que l'engagement pour l'indicateur n'a pas été atteint puisque 62,8 % de la clientèle a bénéficié d'une prise en charge médicale à l'urgence en moins de 2 heures, soit 6,2 points de pourcentage de moins que les 69 % visés.

Le processus de saisie de l'information est standardisé dans l'ensemble des urgences et le CIUSSS de la Capitale-Nationale est toujours en gestion du changement. Pour atteindre les cibles, il est nécessaire de travailler sur la réorientation de la clientèle en 2017-2018 puisque 85 % de celle-ci est évaluée de priorités 4 et 5 et ne devrait pas obtenir ses soins dans les urgences.

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

La durée de séjour à l'urgence de la clientèle ambulatoire concerne la clientèle n'ayant pas occupé de civière. Elle se calcule du début de l'épisode de soins, au moment de l'accueil ou du triage, jusqu'au départ de l'urgence. Ainsi, 76,6 % de la clientèle ambulatoire attend, en moyenne, 4 heures à l'urgence ; l'engagement est de 81,9 %.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale travaille à diriger en première ligne les clients évalués de priorité 5, ce qui aidera à atteindre la cible. Des outils et des ententes sont toutefois nécessaires pour réaliser la réorientation sécuritaire des clients et pour faciliter la transition vers les groupes de médecine de famille réseau (GMF-R). Un travail avec les autres directions de l'établissement est requis pour s'assurer que chaque patient se retrouve au bon endroit pour ses soins. Dans l'ensemble de nos urgences, plus de 85 % de notre clientèle est évaluée de priorités 4 et 5, et 30 % uniquement de priorité 5. Cela nécessite également que la population consulte davantage son médecin de famille.

4.3.1.4 SERVICES SPÉCIALISÉS

Objectif de résultat : 6

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

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an -Ensemble des chirurgies	1	0	0	0

* Résultats en date de mai 2016 (TBIG) ** Résultats en date du 17 mai 2017

Le résultat à la période 13 indique qu'il n'y a pas de patient en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies.

Objectif de résultat : 6

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

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	100	92	100	100
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100	92	100	100
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100	92	100	100
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	98,5	92	95,5	100
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	67,7	75	82,1	100
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	91	92	98	100
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	100	92	100	100

* Résultats en date du 13 mai 2016 ** Résultats en date du 17 mai 2017

1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies

Le pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies atteint son engagement. Avec un résultat de 100 %, il le dépasse même, puisque ce dernier est fixé à 92 %.

1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques

Le pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques est de 100 %, un résultat qui dépasse l'engagement fixé à 92 %.

1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales

Le pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales est de 100 %, pour un engagement de 92 %.

1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques

Avec un résultat de 95,5 %, le pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques atteint son objectif fixé à 92 %. Ce résultat est toutefois un peu plus bas que celui observé en 2015-2016 (98,5 %).

1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires

Le pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires atteint l'objectif prévu (75 %) avec un résultat de 82,1 %. Ce dernier s'est amélioré par rapport à l'année 2015-2016 (67,7 %).

1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies

Le pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies s'élève à 98,5 %, un résultat qui dépasse l'engagement fixé à 92 %. Le résultat de cet indicateur a également connu une amélioration par rapport à l'année 2015-2016 (91 %).

1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries

Le pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries est de 100 %, pour un engagement de 92 %.

Objectif de résultat : 7

Améliorer la survie des patients atteints de cancer

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	87,5	90	61,5	90

* Résultats en date du 27 avril 2016 ** Résultats en date du 17 mai 2017

Avec un résultat de 61,5 % des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours, l'engagement de 90 % n'est pas atteint. De plus, le résultat s'est détérioré par rapport à l'année précédente (87,5 %).

Il se réalise un faible nombre de chirurgies oncologiques dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale, ce qui a un impact certain sur l'analyse des données. Il suffit qu'un patient dépasse le délai de 28 jours pour que cela augmente considérablement le résultat et affecte l'atteinte de la cible. Le délai est calculé en continu et selon l'horaire des spécialistes qui vont dans le secteur de Charlevoix. Il peut ainsi être difficile de faire la chirurgie à l'intérieur de 28 jours.

4.3.1.5 SÉCURITÉ ET PERTINENCE

Objectif de résultat : 8

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

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.01.19.01-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)	100	100	100	100
1.01.19.02-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100	100	100	100

* Résultats en date du 1^{er} juin 2016 ** Résultats en date du 24 mai 2017 (reçus par UGSI le 1^{er} juin 2017)

Tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont un taux de diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) conforme aux taux établis. Il en va de même pour les taux de bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à méthicilline (SARM).

4.3.1.6 PERSONNES ÂGÉES

Objectif de résultat : 10

Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	9 979	10 322	10 611	10 845
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	62,9	85	72,1	90

* Résultats en date du 16 mai 2016 ** Résultats en date du 17 mai 2017

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

Le nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) atteint son objectif, avec un résultat de 10 611, soit 289 personnes de plus que l'engagement fixé à 10 322. De plus, le nombre de personnes desservies a augmenté de 6 % par rapport à 2015-2016 (9 979).

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

Le pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention est passé de 62,9 % en 2015-2016 à 72,1 % en 2016-2017, ce qui constitue une augmentation de 9,2 points comparativement à l'année précédente. Le résultat est toutefois inférieur à l'engagement de 85 %.

La cible est non atteinte autant pour les usagers actifs ayant un outil d'évaluation multi clientèle (OEMC) à jour que pour les usagers actifs ayant un OEMC à jour et un plan d'intervention. Les facteurs associés au résultat sont : le manque de personnel chez les infirmières, ce qui a pour effet de mettre en priorité une réponse à un besoin précis chez de nouveaux usagers plutôt qu'une évaluation globale de leurs besoins ; la prise en charge de nouvelles clientèles qui affecte la réévaluation des besoins (la mise à jour) ; et la difficulté de remplacement du personnel lors d'absence.

La réorganisation du travail en cellule est aussi un autre facteur ayant pu affecter la performance clinique. De plus, nous observons un écart de près de 10 % entre le pourcentage d'usagers ayant un OEMC à jour et ceux avec un plan d'intervention.

Les actions posées sont de rappeler aux intervenants qu'ils doivent s'assurer qu'un plan d'intervention soit actif lors d'une évaluation ou réévaluation des besoins (fiches cliniques, rencontres de proximité et standards de pratique), de déployer l'outil de suivi de charge de cas pour favoriser la planification chez l'intervenant et de fournir, minimalement, au chef de proximité l'état de réalisation de la cible aux deux périodes.

Objectif de résultat : 11

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

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	0	100	0	100
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	0	50	0	75
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	25	75	50	75

* Résultats en date du 17 mai 2016 ** Résultats en date du 17 mai 2017

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

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

Le pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée n'atteint pas son objectif. Celui-ci veut que les installations visées aient implanté 100 % des composantes en question. Les deux installations du CIUSSS concernées par l'indicateur (Hôpital de La Malbaie et Hôpital de Baie-Saint-Paul) ont tout de même implanté 100 % des composantes 1 et 2 et 33 % de la composante 6.

Le pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée n'atteint pas non plus son objectif. Celui-ci veut que les installations concernées aient implanté 50 % de toutes les composantes. Dans les faits, celles-ci ont implanté 48 % de la composante 3, 90 % de la composante 4 et 33 % de la composante 5.

À la suite de la formation du CIUSSS de la Capitale-Nationale, un nouveau comité tactique a été mis sur pied. Il inclut des acteurs des milieux hospitaliers de Charlevoix pour qui l'Approche adaptée aux personnes âgées (AAPA) était déjà en implantation, mais aussi de nouveaux acteurs provenant des nouvelles unités cédées du CHU de Québec en psychiatrie et en gériatrie et des urgences sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale, en plus de membres provenant de la Direction des services multidisciplinaires (DSM) et du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

Le plan d'action du CIUSSS de la Capitale-Nationale est actuellement en élaboration ; son application débutera en septembre 2017. Des efforts ont été déployés pour intégrer le module 1 de l'AAPA dans les programmes d'intégration spécifique des nouveaux employés dans les différents secteurs qui se sont ajoutés à notre mandat.

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

Avec un résultat de 50 %, le pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale n'atteint pas l'objectif de 75 %. Une augmentation substantielle de 25 % a tout de même été constatée depuis l'an dernier.

L'état de l'indicateur signifie que 2 réseaux locaux de services sur les 4 ont implanté à 80 % et plus, les composantes du RSIPA. Les résultats détaillés permettent de constater l'avancement des RSIPA : le territoire de la Vieille-Capitale a implanté 80,3 % des composantes ; celui de Québec-Nord les a implantées à 80,8 % ; Portneuf à 74,4 % ; et Charlevoix à 75,4 %.

Différents facteurs influencent les résultats : la pratique de la gestion de cas qui n'est pas implantée ; la coordination avec le médecin de famille qui est peu ou pas présente dans les interventions et dans les échanges formels d'informations cliniques pertinentes ; et, suivant la réorganisation du réseau, la composante « mécanisme de concertation et de coordination » qui n'est pas optimale. De plus, la cible portant sur l'évaluation à jour des usagers avec un plan d'intervention étant non atteinte, celle-ci vient, par le fait même, affecter les résultats.

Les actions prévues sont de :

- former les gestionnaires à l'approche de gestion de cas ;
- réviser l'organisation du travail actuel afin d'implanter l'approche de gestion de cas ;
- former les intervenants à l'approche de gestion de cas ;
- partager et convenir d'outils cliniques avec les principaux partenaires tout en favorisant la participation de l'utilisateur et son proche à ses orientations ;
- appuyer les actions pour l'atteinte de la cible sur les évaluations et plans d'intervention.

4.3.1.7 PERSONNES VULNÉRABLES

Objectif de résultat : 12

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

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.09.05-PS Nombre d'utilisateurs en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	2 173	2 279	2 294	2 388
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	51	58	51	59

* Résultats en date du 4 mai 2016 (1.09.05) et du 10 mai 2016 (1.09.45) ** Résultats en date du 17 mai 2017 (1.09.05) et du 30 mai 2017 (1.09.45)

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

Le nombre d'utilisateurs en soins palliatifs et de fin de vie à domicile a dépassé l'engagement, avec 2 294 utilisateurs, soit 15 de plus (2 279). En outre, 121 utilisateurs de plus qu'en 2015-2016 (2 173) ont reçu ces services.

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

Le nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie atteint son engagement avec un résultat de 58, pour un objectif de 58.

Objectif de résultat : 13

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

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	ND	90	90,7	90

* NA ** Résultats en date du 17 mai 2017

Avec 90,7 jours d'attente en moyenne, le délai moyen d'accès à un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) est très près de la cible de 90 jours.

Les travaux d'optimisation réalisés démontrent des résultats positifs et des perspectives encourageantes. De plus, les investissements attendus pour les services aux personnes ayant un (TSA) auront un impact positif sur la prise en charge de la clientèle.

Objectif de résultat : 14

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

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le MSSS	1 256	1 490	1 558	1 634
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le MSSS	495	495	495	539

* Résultats en date du 12 mai 2016 ** Résultats en date du 17 mai 2017

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

Les 1 558 places observées en soutien d'intensité variable (SIV) reconnues par le ministère, incluant les places offertes par entente de service par les organismes communautaires, atteignent, et dépassent l'engagement fixé à 1 490. En outre, 302 places de plus qu'en 2015-2016 (1 256) ont été disponibles aux personnes nécessitant ces services.

1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnu par le MSSS

Le nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le ministère est de 495, un résultat égal à l'engagement fixé.

Objectif de résultat : 15

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

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	89,3	75	91,1	91,1

* ND ** Résultats en date du 17 mai 2017

Le taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance atteint son engagement. Avec un résultat de 91,1 %, il dépasse même l'objectif (75 %) de 16 points de pourcentage.

4.3.1.8 MOBILISATION DU PERSONNEL

Objectif de résultat : 18

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

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	6,35	6,10	6,91	6,1
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,49	2,50	2,86	2,5
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,73	2,17	2,25	2,17

* Résultats en date du 4 mai 2016 ** Résultats en date du 17 mai 2017

3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire

Le nombre d'heures en assurance salaire par rapport au nombre d'heures travaillées par l'ensemble du personnel, incluant le personnel d'encadrement, n'atteint pas son objectif. Avec un résultat de 6,91 %, l'engagement maximal de 6,10 % est dépassé de 0,81 point de pourcentage. De plus, il a augmenté par rapport à 2015-2016 (6,35 %) d'une valeur relative de 8,8 %.

Sur le plan national, le taux moyen de l'ensemble des établissements est à 6,94 %. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale est donc légèrement en deçà de la moyenne nationale, au 14^e rang sur 30 établissements.

Les objectifs de la prochaine année viseront :

- la mise en place des bases nécessaires au développement d'une culture de santé et de sécurité au travail en débutant par l'adoption d'une politique de gestion intégrée de la prévention et de la présence au travail ;
- la mise en place des processus de soutien et de réintégration au travail axés sur la collaboration, le tout inspiré du cadre de référence du MSSS ;
- la mise en place d'un processus de dépistage précoce de maladies d'ordre psychologique chez les employés, par les gestionnaires ;
- la mise en place d'un processus d'accommodement accéléré des personnes présentant des limitations fonctionnelles permanentes ;
- la mise en place d'un processus de suivi systématique, le développement d'indicateurs et d'outils de suivis systématiques de l'absentéisme excessif.

3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires

Avec un résultat de 2,86 % d'heures supplémentaires par rapport au nombre total d'heures travaillées, l'indicateur n'atteint pas l'objectif qui consiste à ne pas dépasser l'engagement maximal de 2,50 %. Le taux d'heures supplémentaires a augmenté d'une valeur relative de 15 % par rapport à 2015-2016 (2,49 %).

La non-atteinte de la cible d'utilisation du temps supplémentaire est tributaire de différents facteurs, dont l'augmentation des absences en assurance-salaire qui amène un volume de remplacements plus important. Considérant l'importante pénurie de main-d'œuvre conséquente au taux de chômage de 4,1 % dans la région de la Capitale-Nationale, il est de plus en plus difficile de recruter un nombre suffisant de personnes pour combler nos besoins. Ainsi, nous devons recourir au temps supplémentaire de façon plus importante. La pénurie de personnel soignant, notamment celle des préposés aux bénéficiaires (PAB), exerce une pression importante sur le recrutement et la main-d'œuvre.

En 2015-2016, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a intégré certaines unités transférées du CHU de Québec et de l'UCPQ. Lors de ce transfert, plusieurs postes étaient non comblés.

Plusieurs actions ont été mises en place pour en réduire l'utilisation. La direction des ressources humaines et des communications (DRHC) travaille à la réalisation de 4 processus critiques dont l'objectif prioritaire est de favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale du personnel au sein des directions pour dispenser les soins et services aux usagers.

Par ailleurs, un plan d'action de recrutement et de promotion a été élaboré et réalisé afin d'attirer la main-d'œuvre à venir travailler au CIUSSS de la Capitale-Nationale. L'équipe du recrutement a procédé à la réorganisation de son offre de services et a mis en place des trajectoires en matière de recrutement afin d'optimiser les embauches. Cela a permis d'embaucher plus de 2 000 personnes au cours de la dernière année financière. Notons également que des garanties de travail ont été offertes afin de rendre plus attractives nos offres.

Des actions ont été entreprises pour stabiliser davantage les équipes de travail. Pour ce faire, certains postes d'équipes volantes ont été transformés en postes d'auto-remplacement sur les unités et le CIUSSS de la Capitale-Nationale a également procédé à la titularisation de postes permanents additionnels. Finalement, des cohortes de formation pour les préposés aux bénéficiaires se poursuivent.

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

Le résultat global du CIUSSS pour le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante n'atteint pas son objectif, avec un résultat de 2,25 % d'heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante sur le nombre total des heures travaillées, soit un écart de 0,08 point de plus que l'engagement de 2,17 %. Le recours à la main-d'œuvre indépendante a augmenté d'une valeur relative de 30 % par rapport à 2015-2016 (1,73 %).

Différentes causes contribuent au résultat : la pénurie de main-d'œuvre pour les préposés aux bénéficiaires (PAB) et pour le personnel administratif; le débordement des urgences psychiatriques et l'ouverture de lits de surcapacité; l'augmentation de la surveillance constante de certaines clientèles (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et Institut universitaire en santé mentale de Québec); l'augmentation des absences en assurance-salaire; l'épuisement des ressources disponibles pour effectuer du temps supplémentaire.

Plusieurs actions sont en cours :

- La mise en place de 4 processus critiques dont l'objectif prioritaire est de favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale du personnel au sein des directions pour dispenser les soins et services aux usagers;
- Le recrutement;
- La titularisation de certaines ressources humaines;
- La planification de la main-d'œuvre pour le CIUSSS;
- La réorganisation du travail dans certaines équipes;
- La réorganisation de l'offre de services et des trajectoires en matière de recrutement afin d'optimiser les embauches;
- L'actualisation du plan de promotion Recrutement CIUSSS 2016-2017;
- La transformation de postes équipes volantes en postes stabilisés;
- Une cohorte de formation interne de PAB avec le Centre de formation professionnelle Fierbourg.

4.4 LES INDICATEURS DE L'ENTENTE DE GESTION 2

4.4.1 SANTÉ PUBLIQUE

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en oeuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé	21,2	53	24,9	54
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais (anciennement 1.01.14)	ND	90	89,9	91
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais (anciennement 1.01.15)	ND	90	72,1	90

* ND ** Résultats en date du 17 mai 2017

1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche « École en santé »

Le résultat indique que l'engagement n'a pas été atteint. Avec un résultat de 24,9 %, le pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions selon l'approche « École en santé » est en deçà de l'engagement prévu à 53 %.

Dans la région de la Capitale-Nationale, cette approche se traduit par un service d'accompagnement dispensé par un tandem composé d'un répondant du CIUSSS de la Capitale-Nationale et d'un répondant de la commission scolaire. Nous constatons que le temps alloué en ressources humaines des commissions scolaires est insuffisant pour être en mesure de travailler sur la promotion et ainsi faire connaître son efficacité. Tant dans la commission scolaire de Charlevoix que dans celle des Premières-Seigneuries, nous n'avons reçu qu'une seule demande d'accompagnement pour l'année scolaire 2016-2017. Deux demandes reçues ont été abandonnées par la suite, les écoles qui se sont désistées se consacrant à d'autres priorités.

Deux projets-pilotes sont en cours dans deux écoles secondaires sur les thématiques dépendances et sexualité saine et responsable. Bien que la démarche doive demeurer globale et concertée, nous travaillons à développer un concept d'offre de service allégée qui viendrait écourter son implantation. Le temps est en effet souvent nommé comme étant un obstacle majeur dans l'implantation d'« École en santé. »

Nous continuons à répondre favorablement à certaines demandes ponctuelles (non comptabilisées dans le système d'information I-CLSC), en espérant que cette réponse devienne une opportunité d'aller plus loin avec l'école. Également, dans le cadre des travaux de la Table de concertation nationale en promotion-prévention (TCNPP), le mandat de réaliser un état de situation qualitatif du déploiement de l'approche « École en santé » a été confié au MSSS et au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Un groupe de travail a été mis sur pied pour développer un questionnaire qui servira d'outil de collecte de données. Ce travail permettra aux régions qui n'atteignent pas leur cible d'analyser et d'identifier des pistes de solutions.

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

Avec un résultat de 89,9 %, l'indicateur est considéré comme ayant atteint son engagement de 90 %.

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

La proportion de 72,1 % des enfants ayant reçu ce type de vaccin dans les délais n'atteint pas l'engagement situé à 90 %.

Cette cible est très élevée considérant les nombreux enjeux liés à la vaccination prévue à un an, particulièrement dans le contexte actuel où la vaccination en clinique médicale a chuté (règlement sur les frais accessoires). Le CIUSSS de la Capitale-Nationale doit donc absorber une augmentation de la demande de vaccination. Dans notre région, jusqu'à 20 % de la vaccination se faisait en clinique médicale. Cette cible pour la vaccination à l'âge d'un an n'a jamais été atteinte dans notre région, comme c'est le cas pour la majorité des régions. La problématique de la vaccination à 1 an est bien connue et les installations du CIUSSS de la Capitale-Nationale déploient beaucoup d'efforts pour maximiser le respect du calendrier et celles-ci doivent se poursuivre. Particulièrement à l'âge de 12 et 18 mois, il restera une portion plus grande des retards vaccinaux expliquée par les parents (délai de 6 mois depuis le dernier vaccin, retour au travail des mères, début de la garderie, etc.).

Il est à noter également que les données de vaccination sont maintenant saisies dans le nouveau système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SIPMI) et que le temps requis pour saisir les données de vaccination est plus long que celui qui était requis antérieurement pour les saisir dans le registre régional de vaccination contre le pneumocoque (VAXIN) ou le système d'information clientèle I-CLSC. Un délai dans la saisie est possible mais il est difficile à quantifier. Toutefois, cet élément ne pourrait expliquer à lui seul la non-atteinte de la cible. En 2016, un questionnaire provincial (via le réseau des responsables en immunisation des régions du Québec) a été complété pour décrire l'impact du nouveau système (SIPMI) sur l'organisation des services et l'impact sur les délais de rendez-vous dans chacune des régions. Les données de la région et des autres montrent que les enjeux mentionnés ci-haut sont bien présents dans la plupart des régions. Ces informations ayant été compilées au MSSS, celui-ci est bien au fait des différents enjeux.

4.4.2 SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins	84,6	90	90,4	90,4

* Résultats en date du 27 avril 2016 ** Résultats en date du 17 mai 2017

Au terme de la période 13, l'engagement voulant que 90 % des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux soient répondus dans un délai de 4 minutes a été atteint. De plus, le résultat s'est amélioré par rapport à 2015-2016 (84,6 %).

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

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	ND	80	73,5	85
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	1 118 320	1 140 311	1 168 776	1 184 292

* ND ** Résultats en date du 17 mai 2017

1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14

Le pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 n'atteint pas l'engagement de 80 %. Le résultat est de 73,5 %, soit 6,5 points de pourcentage inférieur.

Les usagers ayant un profil de besoin pouvant être répondu par une offre d'hébergement de type ressource intermédiaire (RI) pour personnes âgées doivent, tel que précisé dans la politique régionale d'accès à l'hébergement public, attendre leur place en transition dans les CHSLD, faute de places de type RI suffisantes ou d'alternative. Le déficit de ces places, estimé par le MSSS, est de 553, pour un taux révisé à 1.06 % appliqué à la population de 70 ans et plus. Il est à noter également que le nombre d'usagers en attente d'une place en RI augmente du fait que les usagers à plus faible revenu sont dans l'incapacité d'utiliser le réseau des résidences privées pour aînés (RPA).

Bientôt, 80 places seront développées dans la région dans le cadre du plan des usagers en niveau de soins alternatif (NSA). D'ici là, les usagers nécessitant ces services sont orientés vers des services de soutien à domicile (SAD) adaptés, ce qui a pour effet de favoriser la diminution des cas orientés en CHSLD et explique la tendance favorable de l'indicateur.

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

Le nombre total d'heures de service de soutien à domicile par différents modes de dispensation de services (rendus par l'établissement, via l'allocation directe et le chèque emploi-service ou achetés par l'établissement et rendus par une entreprise privée ou une entreprise d'économie sociale) atteint et dépasse l'engagement, avec 1 168 776 heures de services, soit 28 465 heures de plus que la cible de l'année. Aussi, la performance de l'indicateur est d'une valeur relative de 4,5 % plus élevée qu'en 2015-2016 (1 118 320).

4.4.4 DÉFICIENCES

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	86,2	90	82,6	90
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	95,6	90	88,1	90
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	61,9	90	62,8	90

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	32,5	90	40,2	90

* Résultats en date du 4 mai 2016 ** Résultats en date du 17 mai 2017

1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS

1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS

Les demandes de services traitées en CLSC dans les délais standards pour les personnes ayant une déficience physique représentent 82,6 % de toutes les demandes. L'engagement, établi à 90 %, n'a pas été atteint. De plus, la performance de l'indicateur a baissé par rapport à 2015-2016 (86,2 %).

Le résultat des demandes de services traitées en centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) dans les délais indique que l'engagement est presque atteint avec un taux de 88,1 %. Pour cet indicateur aussi, la performance est moins bonne qu'en 2015-2016 (95,6 %).

Plusieurs causes influencent la non-atteinte de l'objectif pour ce qui est des services en CLSC. La codification du niveau de priorité « urgent » est surutilisée et les besoins correspondent rarement à un réel niveau de priorité « urgent ». La centralisation à venir des demandes au guichet Déficience intellectuelle-Trouble du spectre de l'autisme-Déficience physique (DI-TSA-DP) viendra solutionner ce problème. Nous avons également des difficultés de recrutement de personnel qui font en sorte que nous ne pouvons pas toujours combler les absences, ce qui entraîne des délais d'intervention.

Les actions prises sont les suivantes :

- Outils de suivi des listes d'attente en cours d'élaboration.
- Transmission aux gestionnaires des résultats du Plan d'accès à chaque période.
- Suivi étroit des résultats par l'équipe de direction.
- Rappels fréquents aux intervenants sur l'importance qu'ils complètent des statistiques de qualité et en temps réel.
- Implantation des cellules de proximité qui devrait optimiser le rôle du personnel clinique.

Du côté des services en centre de réadaptation, les résultats sont généralement près de la cible. Le nombre élevé des demandes en déficience du langage pour les enfants/adolescents a un impact négatif sur le résultat global. Le taux de respect des délais d'accès pour cette clientèle est de 24 %, ce qui affecte considérablement la moyenne. Une révision des processus de prise en charge de la clientèle est en cours.

1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS

1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS

Les demandes de services traitées en CLSC dans les délais standards pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) représentent 62,8 % de toutes les demandes. L'engagement de 90 % n'a pas été atteint.

Le taux des demandes de services traitées en centre de réadaptation dans les délais standards est de 40,2 %, un résultat inférieur de 59,8 points de pourcentage au regard de l'engagement de 90 %.

Les résultats regroupant les 4 sites, toutes priorités et tous âges sont influencés par de multiples causes : la codification de niveau « urgent » pour les usagers qui sortent des hôpitaux est un problème, car ces usagers ne correspondent pas à la définition du niveau urgent (interventions à faire auprès des équipes des guichets) ; de nombreuses heures d'absence du personnel n'ont pu être comblées à cause de la lenteur du processus de dotation ; l'augmentation du volume de références pour des enfants, qui crée beaucoup de pression ; le plus grand nombre d'intervenants en déficience physique qu'en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) et, dans ce dernier cas, la structure des postes qui ne permet pas de mouvements ; enfin, l'implantation des cellules crée aussi une pression sur les équipes qui doivent répondre en priorité aux usagers en attente sur les listes du CRDIQ.

Les actions prévues sont les mêmes que pour l'indicateur 1.45.04.01.

Pour les services de réadaptation, le site de Charlevoix atteint les cibles, mais le site de Québec connaît des difficultés dans la prise en charge de la clientèle. La situation est due, notamment, au volume des demandes en TSA, qui augmente de façon exponentielle et par le fait que les équipes connaissent d'importantes réorganisations (fusion des équipes avec les services de proximité). Plusieurs projets d'optimisation touchent cette offre de services (prise en charge des jeunes 6-21 ans TSA, révision du continuum des services socioprofessionnels, révision du continuum des services résidentiels).

Parmi les actions anticipées, nous comptons :

- la poursuite des travaux d'optimisation des trajectoires et d'implantation des cellules de proximité ;
- les suivis étroits des listes d'attentes par les gestionnaires ;
- l'attention portée au niveau de priorisation inscrits à la réception des demandes et la correction lorsque requise ;
- les rappels fréquents aux intervenants à l'effet de colliger leurs statistiques.

4.4.5 DÉPENDANCES

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	83,7	80	88,6	88,6

* Résultats en date du 4 mai 2016 ** Résultats en date du 17 mai 2017

Le pourcentage des personnes évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins atteint l'engagement. Le résultat de 88,6 % le dépasse même de 8,6 points de pourcentage (80 %). De plus, sa performance est plus élevée qu'en 2015-2016 (83,7 %).

4.4.6 SANTÉ MENTALE

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	412	350	192	NA

* ND ** Résultats en date du 17 mai 2017

Avec un résultat de 192, le nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours respecte l'engagement prévu de ne pas dépasser 350. L'indicateur a également connu une amélioration notable par rapport à l'année 2015-2016, où 412 personnes étaient en attente depuis plus de 30 jours.

4.4.7 SANTÉ PHYSIQUE - CANCÉROLOGIE

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	100	100	92,3	100

* Résultats en date du 27 avril 2016 ** Résultats en date du 17 mai 2017

Avec 92,3 %, le pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours n'atteint pas son objectif de 100 %, bien que sa performance soit élevée.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a mis en place les procédures afin d'atteindre l'engagement de 100 % pour la prochaine année financière. Cependant, comme il y a un très petit nombre de chirurgies oncologiques dans notre établissement, un seul cas en retard engendre un écart significatif à la cible.

4.4.8 RESSOURCES MATÉRIELLES

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100	100

* Résultats en date du 27 avril 2016 ** Résultats en date du 17 mai 2017

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

4.4.9 RESSOURCES TECHNOLOGIQUES

Indicateurs	Résultats* 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats** 2016-2017	Engagements 2017-2018
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	24,7	100	95	95

* Résultats en date du 27 avril 2016 ** Résultats en date du 17 mai 2017

La proportion des ressources à jour dans le Répertoire de ressources en santé et services sociaux (RRSS) n'atteint pas l'engagement pris, mais respecte la norme ministérielle de 95 %.

Il est important de prendre en considération l'augmentation substantielle du résultat comparativement à 2015-2016 (24,7 %).

L'engagement régional était plus ambitieux que la norme ministérielle de 95 %.

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

5.1 L'AGRÈMENT

Le volet de l'agrément pour l'année 2016-2017 représente très bien la période de transformation dans laquelle l'établissement se trouve actuellement. Cette année a permis de compléter les suivis des diverses démarches en amélioration continue qui avaient été vécues selon les anciennes pratiques établies. Les plans d'amélioration qui avaient été élaborés à la suite des visites du Conseil québécois d'Agrément (CQA) pour le CJQ-IU et d'Agrément Canada pour l'ancien Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix ont été réalisés. Bien qu'ayant obtenu le statut d'établissement agréé à la suite des deux processus, les rapports déposés par les deux organismes accréditeurs stipulaient la mise en place de recommandations dans une optique d'amélioration continue de la qualité. Les preuves de suivis ont été présentées selon les échéanciers en novembre 2016 et en avril 2017.

Une analyse prospective a été réalisée en 2016-2017 en lien avec le processus de déclaration et de gestion des événements indésirables survenant en ressource intermédiaire (RI) et en ressource de type familial (RTF). Cette démarche était en continuité et en cohérence avec une des modalités intégrées au plan d'amélioration produit à la suite du rapport du CQA pour le CJQ-IU. À la suite de cette analyse, un plan d'action a été élaboré et l'implantation de la nouvelle trajectoire de déclaration

pour les RI-RTF est en cours, plus spécifiquement pour les clientèles jeunesse. Ces orientations seront mises en place dans les prochains mois pour l'ensemble des clientèles en hébergement dans ces milieux de vie.

En continuité du cycle de l'amélioration continue, le suivi des recommandations des dernières visites a été mené en simultané avec la préparation de la première visite d'Agrément Canada au regard du nouveau modèle d'organisation. Comme mentionné plus tôt, la mise en place du comité d'amélioration continue de la qualité et de l'innovation, accompagnée de la mise en place des équipes qualité par les directions visitées dans la première vague du processus ont placé les premières assises de la démarche. Plusieurs groupes de travail ont contribué au développement de contenu clinique pour la mise en place des pratiques organisationnelles requises (POR) dans l'ensemble des structures du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Pendant la même période, l'équipe de la qualité et de l'amélioration continue a travaillé à la mise en œuvre des meilleures pratiques établies dans les normes sur le leadership et la gouvernance. Plusieurs activités de communication ont été réalisées afin de sensibiliser l'ensemble du personnel à la démarche d'agrément, et surtout à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

5.2 LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Dans la dernière année, plusieurs activités de communication et de formation ont été réalisées auprès du personnel afin de diffuser les paramètres d'application de la gestion des risques au sein de notre établissement en transformation. Un groupe de travail a développé un contenu de formation standardisé pour harmoniser les pratiques en lien avec les rôles et les responsabilités des membres du personnel impliqués dans la trajectoire de déclaration et de gestion des événements indésirables.

L'équipe de la gestion des risques et de la qualité a également contribué à plusieurs parutions dans le bulletin interne d'information *l'Info CIUSSS* en produisant des articles ayant pour but de sensibiliser l'ensemble du personnel à la gestion des risques en faisant la promotion de la déclaration des incidents et des accidents.

5.2.1 RECOMMANDATIONS DU CORONER

Au courant de l'année 2016-2017, notre établissement a reçu six (6) situations de la part du Bureau du Coroner.

Correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

L'ensemble des recommandations acheminées par le Bureau du Coroner pour l'année 2016-2017 au CIUSSS de la Capitale-Nationale a été répondu dans les délais prévus. Les recommandations spécifiques à des évaluations de pratiques professionnelles ont été effectuées. Plusieurs recommandations ont été émises au regard de la pratique d'évaluation en contexte de crise suicidaire et des plans d'action ont été élaborés pour en assurer l'actualisation.

5.2.2 PROTECTEUR DU CITOYEN

En cours d'année, le Protecteur du citoyen a transmis au CIUSSS de la Capitale-Nationale 12 conclusions de dossiers pour lesquels il a émis un total de 39 recommandations. Au 31 mars 2017, 35 de ces recommandations avaient été réalisées à la satisfaction du Protecteur du citoyen. Deux dossiers étaient toujours en cours d'exécution, la concrétisation des recommandations étant fixée à l'automne 2017.

Précisons que le Comité de vigilance et de la qualité s'assure du suivi donné à l'ensemble des recommandations du Protecteur du citoyen et qu'il en fait état au conseil d'administration quatre fois par année. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale s'est d'ailleurs doté d'une procédure organisationnelle afin d'assurer un suivi rigoureux de ces recommandations, sachant que celles-ci permettent d'améliorer la qualité des soins et des services offerts aux usagers.

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

STATISTIQUES CONCERNANT LES GARDES EN ÉTABLISSEMENT POUR LE CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2016 ET LE 31 MARS 2017

	IUSMQ	CHU - HEJ ¹	CHU - HSS	CHU - CHUL	CSSS Charlevoix - HBSP ²	CSSS Charlevoix - HLM
Nombre de mises sous garde préventive	85	295	96	158	12	11
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	75	259	88	147	12	10
Nombre demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	113	65	39	58	2	2
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal	110	56	39	58	2	2
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	95	53	36	51	2	2

	IUSMQ	CHU - HEJ ¹	CHU - HSS	CHU - CHUL	CSSS Charlevoix - HBSP ²	CSSS Charlevoix - HLM
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	121	38	26	37	2	1
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	114	36	27	33	1	1
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	94	30	24	29	1	1
Nombre d'usagers différents mis sous garde tous types confondus (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période)	219	314	121	181	15	9

1. Le contentieux du CIUSSS de la Capitale-Nationale a débuté la gestion des dossiers de garde en établissement pour le CHU de Québec (HEJ, HSS et CHUL) le 6 septembre 2016. Les données fournies sont en fonction de la date de début de gestion des dossiers.
2. Le contentieux du CIUSSS de la Capitale-Nationale a débuté la gestion des dossiers de garde en établissement pour le CSSS de Charlevoix (HBSP et HLM) le 26 septembre 2016. Les données fournies sont en fonction de la date de début de gestion des dossiers.

STATISTIQUES CONCERNANT LES JUGEMENTS D'AUTORISATION DE SOINS POUR LE CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2016 ET LE 31 MARS 2017

	IUSMQ	CHU - HEJ ¹	CHU - HSS	CHU - CHUL	CSSS Charlevoix - HBSP ²	CSSS Charlevoix - HLM
Nombre de jugements d'autorisation de soins intérimaires rendus	6	0	1	0	0	0
Nombre d'usagers différents ayant fait l'objet d'un jugement d'autorisation de soins intérimaire	6	0	1	0	0	0
Nombre de jugements d'autorisation de soins rendus	133	10	4	6	2	0
Nombre d'usagers différents ayant fait l'objet d'un jugement d'autorisation de soins	130	10	4	6	2	0
Nombre d'usagers différents mis sous autorisation de soins tous types confondus (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période)	130	10	3	6	2	0

1. Le contentieux du CIUSSS de la Capitale-Nationale a débuté la gestion des dossiers d'autorisations de soins pour le CHU de Québec (HEJ, HSS et CHUL) le 12 septembre 2016. Les données fournies sont en fonction de la date de début de gestion des dossiers.
2. Le contentieux du CIUSSS de la Capitale-Nationale a débuté la gestion des dossiers d'autorisations de soins pour le CSSS de Charlevoix (HBSP et HLM) le 26 septembre 2016. Les données fournies sont en fonction de la date de début de gestion des dossiers.

5.4 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel du commissariat local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes concernant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits est disponible sur le site Internet de l'établissement.

Les données suivantes sont extraites du rapport détaillé.

Le régime d'examen des plaintes, défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, prévoit quatre types de dossiers pour lesquels la commissaire locale intervient :

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

- La consultation, soit une demande d'avis portant notamment sur toute question relevant de la compétence de la commissaire, les droits des usagers et le code d'éthique de l'établissement.

Au cours de l'exercice 2016-2017, 2 097 dossiers ont été traités par le CLPQS.

5.4.1 DOSSIERS CONCLUS

En 2016-2017, 89 % du nombre total de plaintes (864) à traiter ont été conclus (767) au cours de l'année et 97 plaintes étaient en examen à la fin de l'année financière. De plus, 46 plaintes ont été transmises au Protecteur du citoyen.

Comme le tableau l'indique, sur les 887 motifs de plaintes, 84,7 % (752) ont fait l'objet d'un traitement complet par le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services, ce qui est légèrement supérieur à l'année précédente (83 %). Parmi les 752 motifs de plaintes traitées, 32,1 % ont donné lieu à des mesures correctives, comparativement à 53,5 % l'année précédente. Dans 467 cas, aucune mesure corrective n'a été instaurée parce que le problème à l'origine de la plainte a été résolu en cours de traitement ou parce que le résultat de l'examen a démontré que le motif n'était pas fondé.

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

	En cours de traitement au début de l'exercice		Reçues durant l'exercice		Conclues durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice		Transmis au 2 ^e palier	
	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %
2016-2017	92	207	772	19	767	31	97	5	46	84
2015-2016	30	–	648	–	586	–	92	–	25	–

5.4.2 MOTIFS DE PLAINTE

RÉPARTITION DES PLAINTES TRAITÉES SELON LEURS MOTIFS

Motif	Traitement non complété					Traitement complété			TOTAL	%
	Abandonnés par l'utilisateur	Cessés	Refusés	Rejetés sur examen sommaire	Sous-total	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total		
Accessibilité	7	4	0	0	11	60	133	193	204	23,00
Aspect financier	3	5	0	0	8	6	18	24	32	3,61
Droits particuliers	3	2	3	1	9	32	43	75	84	9,47
Organisation du milieu et ressources matérielles	3	1	2	8	14	38	42	80	94	10,60
Relations interpersonnelles	14	10	5	6	35	59	61	120	155	17,47
Soins et services offerts	28	11	11	3	53	87	162	249	302	34,05
Autre	2	0	0	3	5	3	8	11	16	1,80
TOTAL	60	33	21	21	135	285	467	752	887	100

N. B. Il peut y avoir plus d'un motif pour le même dossier.

5.4.3 MOTIFS D'INTERVENTION

COMPARATIF ANNUEL DES INTERVENTIONS

	En cours de traitement au début de l'exercice		Amorçées durant l'exercice		Conclues durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice	
	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %
2016-2017	21	200	202	15	197	22	26	24
2015-2016	7	–	176	–	162	–	21	–

MOTIFS ÉVOQUÉS DANS LES PLAINTES

	Nombre	%
Accessibilité	30	13,8
Aspect financier	5	2,3
Droits particuliers	23	10,6
Organisation du milieu et ressources matérielles	53	24,4
Relations interpersonnelles	35	16,1
Soins et services offerts	64	29,4
Autre	7	3,2
TOTAL	217	100

5.4.4 PORTRAIT DES DOSSIERS DE PLAINTES MÉDICALES REÇUES

À la fin de l'exercice 2015-2016, 12 dossiers étaient en attente de traitement par le médecin examinateur. En 2016-2017, des usagers, leur représentant ou toute autre personne se sont adressés au médecin examinateur à 62 reprises. Sur ces 74 dossiers de plaintes médicales à examiner, 40 ont été réglés pendant l'exercice 2016-2017. Cela représente une diminution comparativement à l'année précédente.

Le problème de pénurie de médecins examinateurs qui existait en 2015-2016 a perduré en 2016-2017 malgré les nombreuses démarches de recrutement. Cette année, le conseil d'administration a nommé sept nouveaux médecins examinateurs, mais ces médecins offraient peu de disponibilités. Les efforts de recrutement pour la prochaine année devront prioriser la nomination d'un médecin examinateur avec une plus grande disponibilité, soit jusqu'à trois jours par semaine.

COMPARATIF ANNUEL DU NIVEAU DE TRAITEMENT DES PLAINTES À CARACTÈRE MÉDICAL

Exercice	En cours de traitement au début de l'exercice		Reçues durant l'exercice		Conclues durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice		Transmis au 2 ^e palier	
	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %
2016-2017	12	200	62	7	40	-20	34	183	3	-25
2015-2016	4	–	58	–	50	–	12	–	4	–

RÉPARTITION DES PLAINTES MÉDICALES REÇUES SELON LEUR NIVEAU DE TRAITEMENT ET LA MISSION

Mission	En cours de traitement au début de l'exercice		Reçues durant l'exercice		Conclues durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice		Transmis au 2 ^e palier	
	Nombre	Nombre	Variation %	Nombre	Variation %	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	
CH										
CHSGS	4	40	64,52	27	67,50	17	3			
CHSP	3	7	11,29	4	10,00	6	0			
CHSLD	0	2	3,23	1	2,50	1	0			
CLSC	4	12	19,35	7	17,50	9	0			
CR										
CRD	1	0	0	1	2,50	0	0			
CRDP	0	1	1,61	0	0	1	0			
TOTAL	12	62	100	40	100	34	3			

Sur les 40 plaintes médicales, une comportait deux motifs, ce qui explique le total de 41. En 2016-2017, 48,8 % des motifs des plaintes médicales concernent les relations interpersonnelles. Ce motif est à la hausse

comparativement à l'année dernière (31,5 %). Les soins et les services offerts représentent 39 % des motifs des plaintes médicales. Il s'agit là d'une diminution par rapport à l'exercice 2015-2016 (56,14 %).

5.5 L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Composantes usager partenaire/expérience usager/comités des usagers

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale accorde une place importante aux usagers. Le Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique (BPUE) contribue au maintien et au développement de la qualité des soins et des services en conseillant et en soutenant l'organisation dans l'appropriation des meilleures pratiques en matière d'expérience usager, les meilleures approches de collaboration avec l'utilisateur partenaire et les façons efficaces de soutenir les comités des usagers. Il assure aussi la coordination des activités en éthique clinique et de l'enseignement.

Le Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique est responsable de recevoir, d'analyser et d'orienter toutes les demandes relatives à ces composantes. Le bureau offre ses services à l'ensemble des personnes qui travaillent au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale ainsi qu'aux usagers et leurs proches. Il a aussi pour mandat de poursuivre le développement et l'implantation du modèle intégré de partenariat avec l'utilisateur de concert avec la Direction des services multidisciplinaires (DSM), le réseau de collaboration des pratiques interprofessionnelles (RCPI) et l'Université Laval.

Tenir compte de la perception et du vécu des usagers et les impliquer à différents niveaux organisationnels est une priorité pour notre établissement. Au cours de l'année 2016-2017, 47 mesures d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur ont été réalisées. Ces mesures ont permis de rejoindre 723 usagers, ce qui représente une augmentation de 55 % comparativement à 2015-2016. De plus, 49 usagers partenaires ont été recrutés afin de participer à différentes activités visant l'amélioration continue de la qualité.

En février 2017, le BPUE, en partenariat avec les comités des usagers, a mis en place le comité de travail sur les mesures d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur. Le comité a pour mandat, pour sa première phase, d'élaborer et de mettre en œuvre, deux mesures d'évaluation dont une pour la clientèle ambulatoire utilisant les services de l'établissement alors que la deuxième vise les usagers hébergés. Ce comité permettra de répondre aux différentes exigences que ce soit par exemple celles d'Agrément Canada et du MSSS au regard des visites effectuées en centre d'hébergement ou dans d'autres types de ressources (ex. : RI-RTF).

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

En vigueur depuis le 10 décembre 2015, la Loi concernant les soins de fin de vie a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie et à leurs proches, des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. Elle précise les droits de ces personnes en assurant que chacune ait accès, tout au long du continuum de services, à des soins de qualité et adaptés à leurs besoins pour prévenir et apaiser leurs souffrances. La loi précise que les soins de fin de vie doivent inclure les soins palliatifs (la sédation palliative continue ou intermittente, les soins de confort, la non-initiation ou cessation de traitements nécessaires au maintien de la vie, etc.), l'aide médicale à mourir et les directives médicales anticipées.

Porteur du mandat régional de coordination des soins palliatifs, la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées a mis en place une gouverne clinique au CIUSSS de la Capitale-Nationale assurant un leadership régional en soins palliatifs. Celui-ci a donné lieu à deux mandats distincts portant sur l'accès aux lits de soins palliatifs dans la Capitale-Nationale et l'accès aux équipements pour la clientèle en soins palliatifs. Un important plan de formation élaboré par le MSSS vient soutenir la pratique clinique, selon les dernières données probantes, pour un rehaussement des compétences du personnel, des médecins et des bénévoles.

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE DU 10 DÉCEMBRE 2015 AU 9 DÉCEMBRE 2016¹

Activité	Information demandée	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs ²	3876
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	31
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	29
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	23
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs ³	6

1. Les données pour la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016 ont été présentées dans le rapport annuel 2015-2016 de l'établissement.
2. Du 10 décembre au 9 juin 2015, les données de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul, de l'Hôpital de La Malbaie et de la Maison Michel-Sarrazin n'étaient pas disponibles. De plus, les données des unités hospitalières UCDG (HEJ, CHUL, HSFA) et URFI (HSS) du CHU de Québec sont intégrés dans les hôpitaux concernés.
Du 10 juin au 9 décembre 2016, les données pour l'Hôpital Jeffery Hale – St Brigid's sont manquantes pour les soins palliatifs en fin de vie des usagers en hébergement.
3. Motifs : 1 décès avant l'administration, 4 usagers ne répondaient plus aux critères d'éligibilité et 1 est revenu sur sa décision.

7. LES RESSOURCES HUMAINES

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Effectifs de l'établissement au 31 mars 2017	2016-2017
Les cadres	
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	526
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet ¹ (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	15,9 ETC
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	12
Les employés réguliers	
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	8 277
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet ¹ (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	3 143,83 ETC
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	9,4 ETC
Les occasionnels	
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	6 442 031,02
Équivalents temps complet ²	3 527,9

1. L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

2. L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.

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

Comparaison de 2014-2015 à 2016-2017

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
Personnel d'encadrement	2014-15	1 212 270	973	1 213 244	668	728
	2015-16	1 068 316	1 355	1 069 671	588	667
	2016-17	1 016 446	679	1 017 125	559	629
	Variation	(16,2 %)	(30,2 %)	(16,2 %)	(16,2 %)	(13,6 %)
Personnel professionnel	2014-15	3 911 544	8 018	3 919 562	2 174	2 783
	2015-16	3 956 015	5 832	3 961 846	2 198	2 955
	2016-17	4 322 842	9 211	4 332 053	2 406	3 113
	Variation	10,5 %	14,9 %	10,5 %	10,6 %	11,9 %
Personnel infirmier	2014-15	4 993 260	132 193	5 125 453	2 696	3 539
	2015-16	5 244 924	135 338	5 380 261	2 827	4 005
	2016-17	5 957 732	169 694	6 127 426	3 197	4 227
	Variation	19,3 %	28,4 %	19,5 %	18,6 %	19,4 %
Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	9 997 650	137 771	10 135 421	5 455	7 504
	2015-16	9 965 239	138 037	10 103 275	5 436	7 655
	2016-17	10 370 203	184 634	10 554 838	5 665	7 944
	Variation	3,7 %	34,0 %	4,1 %	3,8 %	5,9 %
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	2 374 087	17 677	2 391 764	1 210	1 836
	2015-16	2 330 922	18 876	2 349 799	1 188	1 777
	2016-17	2 404 891	23 005	2 427 896	1 227	1 881
	Variation	1,3 %	30,1 %	1,5 %	1,4 %	2,5 %
Étudiants et stagiaires	2014-15	9 723	50	9 773	5	32
	2015-16	7 703	31	7 734	4	27
	2016-17	13 895	54	13 949	8	43
	Variation	42,9 %	8,8 %	42,7 %	42,9 %	34,4 %
Total du personnel	2014-15	22 498 534	296 683	22 795 217	12 208	15 982
	2015-16	22 573 118	299 467	22 872 586	12 240	16 673
	2016-17	24 086 009	387 277	24 473 287	13 061	17 303
	Variation	7,1 %	30,5 %	7,4 %	7,0 %	8,3 %

Cible 2016-2017 en heures rémunérées : 23 951 455

Écart à la cible - en heures : 521 832

La non-atteinte de la cible s'explique par les facteurs suivants :

- **Transfert d'activité du CHU-UL et de l'IUCPQ**
Il est difficile, avec les bases de données actuelles, de chiffrer exactement le nombre d'heures travaillées additionnelles ayant un impact direct sur la clientèle, mais selon les données analysées après la 8^e période, nous estimions que 63 % des heures travaillées en surcroît par rapport à celles enregistrées en 2014-2015 découlent de ce transfert. Des pourparlers sont en cours avec le MSSS sur les motifs qui expliquent ces écarts et sur l'identification des correctifs à apporter aux données de référence.
- **L'augmentation des heures rémunérées en assurance salaire**
Les heures rémunérées en assurance salaire sont incluses dans le calcul des effectifs. Conséquemment, les heures travaillées liées aux remplacements génèrent une augmentation par rapport à l'année de référence.
- **Le développement clinique découlant des priorités ministérielles**
Une partie de l'augmentation des heures travaillées du personnel professionnel et infirmier s'explique par le développement d'offre de service et par la bonification des heures/soins dans certains programmes.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 LES ÉTATS FINANCIERS

8.1.1 RAPPORT DE LA DIRECTION

Le 13 juin 2017

Mallette S.E.N.C.R.L.

Société de comptables professionnels agréés

200-3075 chemin des Quatre-Bourgeois

Québec QC G1W 5C4

Objet : Déclarations de la direction

Monsieur,

La présente lettre d'affirmation vous est fournie dans le cadre de vos audits des états financiers et des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées (autres informations) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Établissement) au 31 mars 2017, et pour l'exercice terminé à cette date, aux fins de l'expression d'une opinion indiquant si les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public et si les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées ont été compilées, dans tous leurs aspects significatifs, conformément aux définitions et explications contenues dans le Manuel de gestion financière (MGF) publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Nous vous confirmons, au mieux de notre connaissance et en toute bonne foi, ayant fait toutes les demandes d'informations que nous avons jugé nécessaires pour être adéquatement informés, que :

États financiers

Nous nous sommes acquittés de nos responsabilités, définies dans les termes et conditions de la mission d'audit portant la date du 14 mars 2017, quant à la préparation des états financiers conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public; en particulier, les états financiers donnent une image fidèle conformément à ces normes. De plus, nous nous sommes acquittés de nos responsabilités quant à la compilation des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées selon les définitions et explications contenues dans le MGF publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les hypothèses significatives que nous avons utilisées pour établir les estimations comptables, y compris les estimations en juste valeur, sont raisonnables.

Les relations et opérations avec des parties liées ont été correctement comptabilisées et ont été communiquées conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

2915, avenue du Bourg-Royal
Québec (Québec) G1C 3S2
Téléphone : 418 266-1019, poste 1517
Télécopieur : 418 661-2845

Tous les événements postérieurs à la date des états financiers et des autres informations, soit jusqu'à la date d'approbation des états financiers et des autres informations par le conseil d'administration, pour lesquels les normes comptables canadiennes pour le secteur public exigent un ajustement ou la fourniture d'informations, ont été ajustés ou ont fait l'objet d'informations.

L'incidence des anomalies non corrigées, considérées individuellement ou collectivement, est non significative par rapport aux états financiers et aux autres informations pris dans leur ensemble. Une liste des anomalies non corrigées est jointe à la lettre d'affirmation.

Les données suivantes ont été, le cas échéant, comptabilisées et présentées de façon adéquate dans les états financiers et les autres informations :

- Les modifications apportées, au cours de l'exercice faisant l'objet de l'audit, aux principes et pratiques comptables;
- Les ententes conclues pour le rachat d'éléments d'actif vendus antérieurement;
- Les pertes pouvant découler d'une moins-value d'un placement;
- Les pertes pouvant découler de la perte de valeur d'immobilisations corporelles ou d'actifs incorporels amortissables;
- Les pertes résultant d'engagements de vente ou d'achat;
- Les ventes avec clauses de garantie;
- Les remises consenties par un fournisseur;
- Tous les instruments financiers, y compris ceux qui comportent un risque hors bilan, tels que les échanges financiers et les contrats à terme de gré à gré, et les contrats à terme normalisés.

Informations fournies

Nous vous avons fourni :

- Un accès à toutes les informations dont nous avons connaissance et qui sont pertinentes pour la préparation des états financiers et des autres informations, notamment les documents comptables, les pièces justificatives et d'autres éléments d'information;
- Les informations additionnelles que vous nous avez demandées aux fins des audits;
- Un accès sans restriction aux personnes au sein de l'Établissement auprès de qui il fallait, selon vous, obtenir des éléments probants;
- Des informations sur tous les fournisseurs avec lesquels l'Établissement effectue individuellement un volume significatif d'opérations.

Nous avons soumis à votre représentant les procès-verbaux des réunions du conseil d'administration et du comité d'audit. Ces procès-verbaux constituent un compte rendu complet de toutes les réunions du conseil d'administration et du comité d'audit tenues entre le 1er avril 2016 et le 13 juin 2017.

Toutes les opérations ont été comptabilisées dans les documents comptables et sont reflétées dans les états financiers et les autres informations.

Nous vous avons communiqué :

- Les résultats de notre évaluation du risque que les états financiers et les autres informations puissent contenir des anomalies significatives résultant de fraudes;
- Lorsque celles-ci pourraient avoir un effet significatif sur les états financiers et les autres informations, toutes les informations sur les fraudes avérées ou suspectées dont nous avons connaissance, qui concernent l'Établissement et impliquent la direction, des employés ayant un rôle significatif dans le contrôle interne ou d'autres personnes;
- Toutes les informations relatives aux allégations ou aux soupçons de fraudes ayant une incidence sur les états financiers et les autres informations de l'Établissement, portées à notre connaissance par des employés, d'anciens employés, des analystes, des autorités de réglementation ou d'autres personnes;
- Tous les cas effectifs ou potentiels de non-conformité par rapport aux textes légaux et réglementaires dont les conséquences devraient être prises en compte lors de l'établissement des états financiers et des autres informations (exemples : Loi sur la santé et les services sociaux, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, Loi sur l'équité salariale, Loi sur l'environnement, Loi sur la CNESST et Loi sur la construction);
- L'identité des parties liées à l'Établissement et toutes les relations et opérations avec des parties liées dont nous sommes au courant;
- Tous les procès et litiges actuels ou éventuels venus à notre connaissance et dont les incidences devraient être prises en compte lors de la préparation des états financiers et des autres informations. S'il y a lieu, le traitement comptable et les informations dont ils ont fait l'objet sont conformes aux normes comptables canadiennes pour le secteur public;
- Tous les passifs et toutes les éventualités, y compris ceux associés à des garanties, qu'elles soient écrites ou verbales. S'il y a lieu, ceux-ci sont adéquatement traduits dans les états financiers et les autres informations;
- Toutes les informations reçues de la part des autorités fiscales concernant des cotisations ou des avis de cotisations qui pourraient avoir une incidence significative sur les états financiers et les autres informations;
- Les obligations liées à la mise hors service des immobilisations. S'il y a lieu, celles-ci ont été évaluées et communiquées adéquatement dans les états financiers et les autres informations;
- Toutes les clauses des engagements contractuels dont le non-respect pourrait avoir une incidence significative sur les états financiers et les autres informations, y compris toutes les clauses restrictives, conditions ou autres exigences dont sont assorties les dettes en cours;
- Nos plans ou intentions qui pourraient avoir une incidence significative sur la valeur comptable ou le classement des actifs et des passifs figurant dans les états financiers et les autres informations.

Nous reconnaissons que les opérations entre parties liées ont été conclues à la valeur d'échange, soit une valeur établie et acceptée par les parties liées.

L'Établissement possède des titres de propriété valables sur tous les actifs qu'il détient et ces actifs ne sont grevés d'aucun privilège ni d'aucune charge.

L'Établissement a respecté les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que les règlements s'y rapportant et s'est conformé aux directives émises par le Ministère.

La comptabilisation des unités de mesure respecte les définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

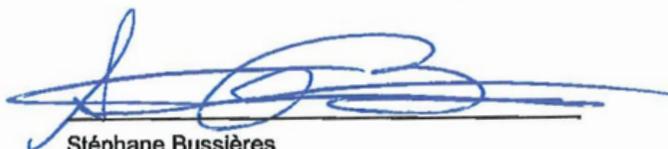
Les transactions sujettes à l'approbation du Ministère ou de l'Agence de la santé et de services sociaux ont été présentées pour approbation avant d'être engagées.

Nous vous confirmons également les éléments suivants :

- Il n'existe aucune faiblesse significative dans la conception ou le fonctionnement des contrôles internes à l'égard de l'information financière;
- Nous vous avons informés de toute modification significative au contrôle interne relatif à l'information financière;
- Au cours de l'exercice, une fraude concernant les chèques émis par l'Établissement a été décelée. Les contrôles mis en place par l'Établissement permettent de déceler rapidement une telle situation et les montants en cause ont été remboursés par l'institution financière. Nous ne sommes au courant d'aucun autre cas de fraude devant être porté à votre attention;
- Les créances sont valides et convenablement évaluées. La provision pour créances douteuses est suffisante;
- La démarcation des revenus, des comptes à recevoir et des revenus reportés du ministère de la Santé et des Services sociaux est adéquate;
- Les montants de stocks comptabilisés dans les états financiers ont été établis d'après les quantités réelles que des employés compétents et adéquatement supervisés ont déterminées par dénombrement, pesage ou mesurage et ont été redressées au besoin pour tenir compte des opérations conclues entre la date de l'inventaire et la fin de l'exercice;
- Le fonds d'immobilisations ne contient aucune immobilisation non utilisée, désuète ou pour laquelle une perte de valeur devrait être comptabilisée;
- La provision pour passif environnemental est suffisante;
- La provision actuarielle découlant de l'assurance salaire a été calculée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et est suffisante;
- Les griefs à payer sont intégraux et la provision à payer concernant ces griefs est suffisante;
- Les revenus reportés ne contiennent aucun projet pour lequel un revenu n'est pas comptabilisé au 31 mars 2017;
- Les transactions intercomposantes de l'Établissement ont toutes été éliminées.

Veillez agréer, Monsieur, nos salutations distinguées.

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



Stéphane Bussières
Directeur des ressources financières



Michel Delamarre
Président-directeur général

8.1.2 RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS

MALLETTE

Mallette S.E.N.C.R.L.

200-3075 chemin des Quatre-Bourgeois
Québec QC G1W 5C4

Téléphone 418 653-4431
Télécopie 418 656-0800
Courriel info.quebec@mallette.ca

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale,

Les états financiers résumés ci-joints du **CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE**, qui comprennent l'état résumé de la situation financière au 31 mars 2016, et les états résumés des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2016.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre, conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2016.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2016. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, ainsi qu'exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus entre le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et la Société québécoise d'infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS (suite)

d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.

De plus, comme l'exige le MSSS, 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 et dont il est prévu que lesdits paiements de transfert seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide concernant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers.

Les incidences de ces dérogations aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2016 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique qu'à l'exception des incidences des anomalies décrites, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets (de sa dette nette) et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

De plus, le rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers audités comportent un paragraphe d'autre point indiquant que, sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur le fait que les chiffres correspondants représentent le cumul, après élimination des opérations et soldes interétablissements des chiffres présentés dans les états financiers audités de chacun des établissements existant avant la création du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et à partir desquels a été créé le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Nous n'avons pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

*Mallette S.E.N.C.R.L.*¹

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Québec, Canada
Le 14 juin 2016

¹ CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A103650

MALLETTE

8.1.3 RÉSULTATS FINANCIERS

ÉTAT DES RÉSULTATS – TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2017

	Budget	Fonds Exploitation courant	Fonds Immobilisations courant	Total Exercice courant	Total Exercice précédent
	\$	\$	\$	\$	\$
Revenus					
Subvention MSSS	1 147 074 050	1 133 714 547	48 797 586	1 182 512 133	1 070 960 402
Subventions Gouvernement du Canada	9 371 454	3 148 141		3 148 141	995 918
Contribution des usagers	94 178 004	97 151 830		97 151 830	90 729 155
Ventes de services et recouvrements	10 077 831	14 036 116		14 036 116	13 377 324
Donations	1 025 000	64 686	1 059 785	1 124 471	1 473 732
Revenus de placement	1 722 339	1 119 956	65 981	1 185 937	1 306 393
Revenus de type commercial	5 418 708	5 060 969	175 549	5 236 518	5 234 821
Gain sur disposition					
Autres revenus	33 478 934	43 795 015	650 810	44 445 825	43 994 105
TOTAL	1 302 346 320	1 298 091 260	50 749 711	1 348 840 971	1 228 071 850
Charges					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	865 327 758	903 094 150		903 094 150	831 458 441
Médicaments	8 322 644	7 900 817		7 900 817	7 660 262
Produits sanguins	460 691	796 863		796 863	621 995
Fournitures médicales et chirurgicales	12 707 029	10 977 079		10 977 079	12 811 446
Denrées alimentaires	12 691 620	13 586 144		13 586 144	12 795 046
Rétributions versées aux RNI	114 690 655	103 252 151		103 252 151	100 245 570
Frais financiers	13 500 000		14 957 359	14 957 359	13 474 961
Entretien et réparations	29 441 715	23 898 355	6 666 598	30 564 953	31 617 797
Créances douteuses	760 662	2 343 723		2 343 723	995 759
Loyers	22 697 284	24 626 522		24 626 522	23 967 970
Amortissement des immobilisations	32 725 000		30 782 169	30 782 169	32 716 338
Perte sur disposition d'immobilisations					
Dépenses de transfert	69 605 698	76 087 643		76 087 643	43 693 762
Autres charges	126 415 564	123 350 664		123 350 664	113 197 763
TOTAL	1 309 346 320	1 289 914 111	52 406 126	1 342 320 237	1 225 257 110
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(7 000 000)	8 177 149	(1 656 415)	6 520 734	2 814 740

ÉTAT SOLDE DE FONDS – TOUS LES FONDS

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

Exercice terminé le 31 mars 2017

	Fonds Exploitation courant \$	Fonds Immobilisations courant \$	Total Exercice courant \$	Total Exercice précédent \$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	20 933 340	46 133 455	67 066 795	59 950 880
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures		(4 301 175)	(4 301 175)	
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	1 298 935		1 298 935	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	22 232 275	41 832 280	64 064 555	59 950 880
SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE	8 177 149	(1 656 415)	6 520 734	2 814 740
<i>Autres variations :</i>				
Transferts interétablissements				4 301 175
Transferts interfonds				
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS				4 301 175
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	30 409 424	40 175 865	70 585 289	67 066 795
<i>Constitués des éléments suivants :</i>				
Affectations d'origine externe				
Affectations d'origine interne			17 930 301	14 871 594
Solde non affecté			52 654 988	52 195 201
TOTAL			70 585 289	67 066 795

BILAN – TOUS LES FONDS

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Exercice terminé le 31 mars 2017

	Fonds Exploitation courant \$	Fonds Immobilisations courant \$	Total Exercice courant \$	Total Exercice précédent \$
Actifs financiers				
Encaisse (découvert de banque)	96 887 686	655 006	97 542 692	109 944 702
Placements temporaires	3 778 717		3 778 717	3 682 623
Débiteurs – MSSS	36 950 351	2 867 298	39 817 649	62 576 512
Autres débiteurs	29 495 804	684 948	30 180 752	26 575 710
Avances de fonds aux établissements publics				
Créances interfonds (dettes interfonds)	13 329 228	(13 329 228)	0	0
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	90 784 304	243 900 068	334 684 372	353 865 863
Frais reportés liés aux dettes		1 673 861	1 673 861	1 560 231
Autres éléments (FE : p360, FI : p400)	3 971 311	532 094	4 503 405	4 272 976
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	275 197 401	236 984 047	512 181 448	562 478 617
Passifs				
Emprunts temporaires		191 646 204	191 646 204	186 261 997
Créditeurs – MSSS				
Autres créditeurs et autres charges à payer	115 380 625	8 074 703	123 455 328	122 306 512
Avance de fonds – Env. décentralisées		(436 534)	(436 534)	(454 537)
Intérêts courus à payer		2 606 429	2 606 429	2 978 918
Revenus reportés	29 303 740	14 685 339	43 989 079	70 462 440
Dettes à long terme		533 572 812	533 572 812	514 575 363
Passifs au titre des sites contaminés		268 750	268 750	268 750
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	111 280 168		111 280 168	108 070 080
Autres éléments	1 088 414		1 088 414	1 220 339
TOTAL DES PASSIFS	257 052 947	750 417 703	1 007 470 650	1 005 689 862
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	18 144 454	(513 433 656)	(495 289 202)	(443 211 245)
Actifs non financiers				
Immobilisations		553 609 508	553 609 508	499 218 425
Stocks de fournitures	4 563 146		4 563 146	4 388 658
Frais payés d'avance	7 701 837		7 701 837	2 369 782
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	12 264 983	553 609 508	565 874 491	505 976 865
Capital-Actions et surplus d'apport				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	30 409 437	40 175 852	70 585 289	62 765 620

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) – TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2017

	Budget \$	Fonds Exploitation courant \$	Fonds Immobilisa- tions courant \$	Total Exercice courant \$	Total Exercice précédent \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(438 910 070)	14 174 900	(453 084 970)	(438 910 070)	(419 296 933)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures			(4 301 174)	(4 301 174)	
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures		1 298 935		1 298 935	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	(438 910 070)	15 473 835	(457 386 144)	(441 912 309)	(419 296 933)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(7 000 000)	8 177 149	(1 656 415)	6 520 734	2 814 740
Variations dues aux immobilisations					
Acquisitions	67 000 000		(85 173 253)	(85 173 253)	(66 975 732)
Amortissement de l'exercice	32 725 000		30 782 169	30 782 169	32 716 338
(Gain) Perte sur dispositions					
Produits sur dispositions					8 241
Réduction de valeurs					
Ajustement des immobilisations					5 531 021
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	99 725 000		(54 391 084)	(54 391 084)	(28 720 132)
Variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance					
Acquisition de stocks de fournitures		(174 487)		(174 487)	
Acquisition de frais payés d'avance		(5 332 056)		(5 332 056)	
Utilisation de stocks de fournitures					1 060 073
Utilisation de frais payés d'avance					931 007
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		(5 506 543)		(5 506 543)	1 991 080
Autres variations des surplus (déficits) cumulés					4 301 175
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	92 725 000	2 670 606	(56 047 499)	(53 376 893)	(19 613 137)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(346 185 070)	18 144 441	(513 433 643)	(495 289 202)	(438 910 070)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE – TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2017

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
Activités de fonctionnement		
Surplus (déficit) de l'exercice	6 520 734	2 814 740
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Provisions liées aux placements et garanties de prêts		
Stocks et frais payés d'avance	(5 506 543)	1 991 080
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations		
Perte (Gain) sur disposition de placement		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations		
- Gouvernement du Canada		
- Autres	3 363 933	1 119 572
Amortissement des immobilisations	30 782 169	32 716 338
Réduction pour moins-value des immobilisations		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	(113 630)	402 868
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette		
Subvention MSSS	51 907 133	(19 815 416)
Autres	797 912	(246 716)
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	81 230 974	16 167 726
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	(17 234 571)	84 274 547
Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement	70 517 137	103 257 013
Activités d'investissement en immobilisations		
Acquisitions d'immobilisations	(76 597 465)	(51 392 106)
Produits de dispositions d'immobilisations		8 241
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations	(76 597 465)	(51 383 865)
Activités d'investissement		
Variation des placements de portefeuilles		(500 000)
Placements de portefeuille effectués		
Produit de disposition de placements de portefeuille		
Placements de portefeuille réalisés		
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement		(500 000)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE – TOUS LES FONDS (SUITE)

Exercice terminé le 31 mars 2016

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
Activités de financement		
Dettes à long terme – emprunts effectués		2 411 358
Dettes à long terme – emprunts remboursés	(445 549)	(381 197)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette		
Variation des emprunts temporaires – fonds d'exploitation		
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	24 800 707	33 064 183
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(30 580 746)	(102 335 871)
Variation du fonds d'amortissement du gouvernement		
Autres		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	(6 225 588)	(67 241 527)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	(12 305 916)	(15 868 379)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	113 127 325	128 995 704
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	100 821 409	113 127 325
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin comprennent		
Encaisse	97 542 692	109 944 702
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	3 278 717	3 682 623
TOTAL	100 821 409	113 627 325

8.1.4 SOMMES REÇUES PAR DONNS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS

Le tableau *Revenus reportés relatifs aux sommes reçues par dons, legs et autres formes de contributions* (art. 269 Lssss) présenté à la page 292 du rapport financier AS-471 figure à l'annexe II.

8.1.5 NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ÉTATS FINANCIERS

Les notes complémentaires aux états financiers se trouvent à l'annexe III.

8.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Nous confirmons que le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale a respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire entre ses charges et ses revenus pour son fonds d'exploitation et globalement, puisque le surplus du fonds d'exploitation est plus élevé que le déficit du fonds d'immobilisation.

Le fonds d'immobilisation est en déficit puisque, au regard des normes comptables, la subvention qui

finance les immobilisations doit être constatée dans l'exercice où l'actif est acquis, alors que la dépense liée à l'amortissement de l'immobilisation doit être constatée dans les exercices suivants selon la durée de vie de l'actif immobilisé. Ainsi, pour l'année 2016-2017, l'amortissement a été plus grand que les subventions reçues, ce qui engendre un déficit de 1 656 415 \$ compensé par le solde de fonds de 46 133 455 \$ au 31 mars 2016.

8.3 LES CONTRATS DE SERVICES

CONTRATS DE SERVICES PROFESSIONNELS

	Nombre	Valeur \$
Contrats de services avec une personne physique	2	631 442,00
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	79	32 572 539,98
TOTAL DES CONTRATS DE SERVICES	81	33 203 981,98

8.4 LES CHARGES ENCOURUES PAR PROGRAMME ET SERVICE

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Variation \$
Santé publique			
4110 Développement, adaptation et intégration sociale	3 613 910	3 412 313	201 597
4120 Habitudes de vie et maladies chroniques	1 015 838	947 046	68 792
4130 Maladies infectieuses	3 151 652	3 328 940	(177 288)
4140 Autres activités de santé publique	434 959	650 920	(215 961)
4150 Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle	2 524 048	2 775 715	(251 667)
4160 Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives	72 000	44 122	27 878
6540 Services dentaires préventifs	1 322 481	1 375 405	(52 924)
6761 Surveillance continue de l'état de santé de la population	516 168	691 902	(175 734)
6762 Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes	2 204 613	1 121 363	1 083 250
6763 Promotion de la santé et du bien-être	470 715	503 363	(32 648)
6764 Protection de la santé	1 497 512	1 584 318	(86 806)
6765 Fonctions de soutien	190 538	331 818	(141 280)
7157 Gestion et soutien aux programmes santé publique	2 940 808	2 525 543	415 265
7995 Lutte à une pandémie d'influenza	2 313	14 760	(12 447)
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	54 047	81 401	(27 354)
Charges non réparties par programmes-services	119 912	245 198	(125 286)
TOTAL SANTÉ PUBLIQUE (L.01. à.L.18)	20 131 514	19 634 127	497 387
Services généraux - activités cliniques et d'aide			
5970 Info-social	627 403	51 230	576 173
5980 Services infirmiers dans les groupes de médecine de famille ou de cliniques-réseau	14 965 132	14 605 434	359 698
5990 Pratique des sages-femmes	1 457 010	1 364 688	92 322
6090 Info santé 8-1-1	4 442 291	4 485 002	(42 711)
6304 Unité de médecine familiale-Groupe de médecine de famille universitaire (UMF/GMF-U)	5 963 111	5 511 584	451 527
6460 Services aux revendicateurs du statut de réfugié	960 922	729 368	231 554
6510 Santé parentale et infantile	5 770 922	6 014 557	(243 635)
6562 Services psychosociaux - Autres que SAD	–	4 704 074	(4 704 074)
6590 Santé scolaire	3 610 522	3 568 640	41 882

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Variation \$
6720 Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) - Services sociaux généraux	5 773 268	–	5 773 268
7154 Gestion et soutien d'une centrale	253 348	264 537	(11 189)
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	33 328 825	29 625 064	3 703 761
Charges non réparties par programmes-services	3 554 332	5 172 725	(1 618 393)
TOTAL SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE	80 707 086	76 096 903	4 610 183

Soutien à l'autonomie des personnes âgées

5514 Ressources intermédiaires - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	21 922 016	15 455 274	6 466 742
5534 Résidences d'accueil - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	29 220	28 670	550
5544 Autres ressources - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	2 384 897	5 177 083	(2 792 186)
5554 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF SAPA	3 108 445	3 464 937	(356 492)
6058 Gériatrie active	22 619 764	12 230 703	10 389 061
6060 Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie	72 431 187	68 566 133	3 865 054
6160 Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie	78 436 794	74 955 764	3 481 030
6174 Soins infirmiers à domicile continus	1 465 301	1 627 347	(162 046)
6290 Hôpital de jour gériatrique	1 618 387	1 245 369	373 018
6380 Services ambulatoires en psychogériatrie	940 254	872 160	68 094
6532 Aide à domicile continue	4 308 469	4 667 888	(359 419)
6960 Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	3 980 731	3 792 230	188 501
7120 Intervention communautaire - SAD	161 636	168 489	(6 853)
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	73 851 429	61 879 130	11 972 299
Charges non réparties par programmes-services	30 165 556	2 602 699	27 562 857
TOTAL SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES	317 424 086	256 733 876	60 690 210

Déficiences physiques

5517 Ressources intermédiaires - Déficience physique	338 688	311 947	26 741
5537 Résidences d'accueil - Déficience physique	31 882	50 342	(18 460)
6321 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - Déficience motrice	42 530	76 486	(33 956)
6801 Pharmacie - Déficience motrice	846 628	844 559	2 069
6973 Centre de jour - Déficience physique	537	6 913	(6 376)
7081 Soutien aux familles de personnes ayant une déficience physique	625 790	616 841	8 949
7108 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - Déficience physique	83 921	76 725	7 196
8002 Évaluation, expertise et orientation - Déficience physique	506 001	447 300	58 701
8060 Adaptation/réadaptation - Déficience visuelle	2 369 394	2 403 919	(34 525)
8070 Adaptation/réadaptation - Déficience auditive	5 289 837	5 092 432	197 405

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Variation \$
8080 Adaptation/réadaptation - Déficience du langage et de la parole	3 682 058	3 365 889	316 169
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	70 109 049	66 297 702	3 811 347
Charges non réparties par programmes-services	2 244 094	2 994 068	(749 974)
TOTAL DÉFICIENCE PHYSIQUE	86 170 409	82 585 123	3 585 286

Déficience intellectuelle et TSA

5516 Ressources intermédiaires - DI et TSA	25 516 791	26 138 646	(621 855)
5526 Familles d'accueil - DI et TSA	446 323	421 829	24 494
5536 Résidences d'accueil - DI et TSA	11 454 089	10 495 829	958 260
5546 Autres ressources - DI et TSA	251 251	253 050	(1 799)
7001 Services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration communautaire - Déficience intellectuelle et TSA	6 825 341	3 185 616	3 639 725
7011 Atelier de travail - Déficience intellectuelle et TSA	1 408 433	710 017	698 416
7024 Support des stages individuels - Déficience intellectuelle et TSA	158 799	523	158 276
7025 Support des plateaux de travail - Déficience intellectuelle et TSA	3 258 916	511 430	2 747 486
7031 Intégration à l'emploi - Déficience intellectuelle et TSA	188 531	794	187 737
7041 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (Déficience intellectuelle et TSA)	9 770 413	10 030 727	(260 314)
7082 Soutien aux familles de personnes ayant une déficience intellectuelle - Allocations	890 382	902 245	(11 863)
7083 Soutien aux familles de personnes ayant un trouble envahissant du développement (TSA) - Allocations	581 663	577 478	4 185
7180 Soutien aux programmes - CRDI	4 952 884	4 591 207	361 677
8001 Accueil, évaluation et orientation - Déficience intellectuelle et TSA	179 268	311 284	(132 016)
8050 Services d'adaptation et de réadaptation à la personne - Déficience intellectuelle et TSA	25 580 562	30 288 776	(4 708 214)
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	6 484 156	5 937 753	546 403
Charges non réparties par programmes-services	1 675 711	2 294 621	(618 910)
TOTAL DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA	99 623 513	96 651 825	2 971 688

Jeunes en difficulté

5100 Accueil à la jeunesse (LPJ - LSJPA - LSSSS)	2 175 617	2 207 861	(32 244)
5200 Évaluation/orientation et accès (LPJ- LSJPA- LSSSS)	7 236 549	6 539 609	696 940
5400 Assistance et support aux jeunes et à la famille (LPJ - LSJPA- LSSSS)	17 455 000	16 353 181	1 101 819
5501 Unités de vie pour jeunes - Ouverte	10 832 994	10 819 392	13 602
5502 Unités de vie pour jeunes - Fermée (LPJ - LSJPA)	3 529 359	3 505 293	24 066
5511 Ressources intermédiaires - Jeunes en difficulté	335 199	341 419	(6 220)
5521 Familles d'accueil - Jeunes en difficulté	19 058 203	19 165 209	(107 006)
5580 Postulants familles d'accueil de proximité - Jeunes en difficulté	891 554	845 278	46 276
5590 Tutelle à un enfant	2 646 715	2 306 025	340 690

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Variation \$
5600 Services externes (LPJ - LSJPA - LSSSS)	999 933	1 024 474	(24 541)
5700 Révision des mesures (LPJ)	605 851	562 749	43 102
5810 Expertise à la Cour supérieure (LSSSS)	276 303	245 947	30 356
5830 Recherche d'antécédents et retrouvailles (LSSSS)	245 288	171 583	73 705
5850 Contentieux (LPJ - LSJPA - LSSSS)	3 529 829	1 634 301	1 895 528
5860 Santé des jeunes (LPJ - LSJPA - LSSSS)	478 495	489 788	(11 293)
5870 Adoption (LSSSS)	1 000 643	972 029	28 614
5910 Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	13 185 523	13 254 787	(69 264)
6989 Foyers de groupe - jeunes en difficulté	6 317 846	5 597 685	720 161
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	5 496 172	5 132 370	363 802
Charges non réparties par programmes-services	634 119	854 665	(220 546)
TOTAL JEUNES EN DIFFICULTÉ	96 931 192	92 023 645	4 907 547

Dépendances

5545 Autres ressources - Dépendances	1 556 172	1 537 629	18 543
6670 Services spécialisés en toxicomanie - Usagers admis	319 954	313 371	6 583
6680 Services externes en toxicomanie	6 430 521	6 337 768	92 753
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	330 920	286 757	44 163
Charges non réparties par programmes-services	328 107	259 275	68 832
Transfert de frais généraux	(33 711)	–	(33 711)
TOTAL DÉPENDANCES	8 931 963	8 734 800	197 163

Santé mentale

5410 Soutien aux services de santé mentale (LSSSS)	1 984 961	1 535 238	449 723
5504 Unités de vies ouvertes pour jeunes - Santé mentale	1 199 867	1 242 923	(43 056)
5513 Ressources intermédiaires - Santé mentale	12 699 686	12 821 145	(121 459)
5533 Résidences d'accueil - Santé mentale	3 535 036	3 439 513	95 523
5543 Autres ressources - Santé mentale	4 929 349	5 767 309	(837 960)
5553 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SM	3 793 643	3 754 718	38 925
5920 Intervention en situation de crise	–	1 290 078	(1 290 078)
5922 Intervention en situation de crise - Santé mentale	1 502 321	–	1 502 321
5930 Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	10 970 558	9 503 046	1 467 512
5940 Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave	13 931 475	11 122 158	2 809 317
6010 Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (0-17 ans)	4 123 534	1 258 356	2 865 178
6020 Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes	25 750 286	18 492 139	7 258 147
6030 Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie	3 073 535	3 043 047	30 488
6100 Psychiatrie légale	4 038 171	3 790 193	247 978
6172 Soins infirmiers à domicile (santé mentale)	164 743	59 940	104 803

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Variation \$
6270 Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique	9 103 747	9 255 927	(152 180)
6280 Hôpital de jour en santé mentale	1 999 743	1 093 987	905 756
6330 Services d'évaluation et de traitement de deuxième et troisième lignes en santé mentale	13 678 295	10 519 463	3 158 832
6978 Centre de jour en santé mentale - Adultes (18 ans et +)	1 873 292	2 140 205	(266 913)
6985 Foyers de groupe en santé mentale (0-17 ans)	10 596	652 921	(642 325)
7983 Activités spéciales - Santé mentale	671 124	624 632	46 492
c/a non exclusifs répartis par programmes-service	22 418 416	22 399 626	18 790
Charges non réparées par programmes-services	1 015 262	3 137 379	(2 122 117)
TOTAL SANTÉ MENTALE	142 467 640	126 943 943	15 523 697
Santé physique			
6070 Chirurgie d'un jour	97 888	122 462	(24 574)
6171 Soins infirmiers spécialisés à domicile (santé physique)	74 541	86 757	(12 216)
6260 Bloc opératoire	2 124 015	2 481 768	(357 753)
6302 Consultations externes spécialisées	2 026 713	2 146 581	(119 868)
6322 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - CLSC et CH	1 071 283	863 546	207 737
6352 Inhalothérapie - Autres	555 562	595 409	(39 847)
6360 Centre de soins à la mère et au nouveau-né	911 653	853 176	58 477
6550 Services dentaires curatifs	124 109	128 559	(4 450)
6601 Banque de sang	91 009	159 915	(68 906)
6607 Laboratoires regroupés	2 252 726	3 287 525	(1 034 799)
6610 Physiologie respiratoire	271 844	307 273	(35 429)
6620 Sécurité transfusionnelle et produits sanguins	796 863	621 995	174 868
6710 Electrophysiologie	648 867	631 007	17 860
6770 Endoscopie	92 927	105 578	(12 651)
6790 Dialyse	5 866	5 194	672
6806 Pharmacie en CLSC	697 026	816 574	(119 548)
6830 Imagerie médicale	4 239 581	4 766 090	(526 509)
6861 Audiologie	74 143	67 575	6 568
6865 Orthophonie pour enfants en CLSC	1 073 587	1 065 296	8 291
7060 Services d'oncologie et d'hématologie	324 151	283 774	40 377
7090 L'unité de médecine de jour	141 749	147 015	(5 266)
7400 Déplacement des usagers	2 775 694	2 415 806	359 888
7553 Nutrition clinique	2 979 452	2 706 600	272 852
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	51 806 536	44 722 361	7 084 175
Charges non réparties par programmes-services	43 976 220	40 435 549	3 540 671
TOTAL SANTÉ PHYSIQUE	119 234 005	109 823 385	9 410 620

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Variation \$
Administration			
6766 Direction, coordination et soutien administratif	136 823	142 970	(6 147)
7300 Administration générale	51 698 277	49 231 110	2 467 167
7320 Administration des services techniques	1 833 534	1 276 530	557 004
7340 Informatique	18 538 843	14 904 193	3 634 650
7900 Personnel bénéficiant de mesures de sécurité et de stabilité d'emploi	1 856 754	8 607 562	(6 750 808)
7930 Personnel en prêt de service	152 828	152 453	375
Charges non réparties par programmes-services	2 984 693	2 828 512	156 181
Transfert frais généraux	(907 935)	(831 769)	(76 166)
TOTAL ADMINISTRATION	76 293 817	76 311 561	(17 744)
Soutien aux services			
5900 Administration des services à la clientèle (LPJ - LSJPA - LSSSS)	1 182 229	1 332 725	(150 496)
6000 Administration des soins	13 149 027	11 216 532	1 932 495
7200 Enseignement	1 961 958	1 279 104	682 854
7210 Réseau d'enseignement universitaire	1 236 320	2 667 558	(1 431 238)
7350 Gestion de l'information	775 252	672 901	102 351
7530 Réception - Archives - Télécommunications	22 034 853	22 344 023	(309 170)
7554 Alimentation - Autres	41 950 966	40 340 694	1 610 272
7600 Buanderie et en lingerie	10 025 162	10 471 866	(446 704)
7930 Personnel prêt de service	210 042	203 517	6 525
7993 Activités spéciales - Soutien aux services	2 848 334	2 893 485	(45 151)
Charge non-réparties par programmes-services	1 291 454	1 446 515	(155 061)
TOTAL SOUTIEN AUX SERVICES	96 665 597	94 868 920	1 796 677
Gestion des bâtiments et des équipements			
7640 Hygiène et salubrité	23 456 448	22 543 705	912 743
7650 Gestion des déchets biomédicaux	185 620	173 449	12 171
7700 Fonctionnement des installations	37 927 002	36 865 090	1 061 912
7710 Sécurité	5 947 926	5 532 931	414 995
7800 Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier/équipement	26 211 562	24 938 183	1 273 379
7930 Personnel en prêt de service	213 052	200 498	12 554
Charges non réparties par programmes-services	333 414	862 697	(529 283)
Transfert de frais généraux	(512 423)	(508 362)	(4 061)
TOTAL GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS	93 762 601	90 608 191	3 154 410

RÉPARTITION DES CENTRES D'ACTIVITÉ NON EXCLUSIFS PAR PROGRAMMES-SERVICES

	SPUB \$	SG \$	SAPA \$
5950 Formation donnée par le personnel infirmier			
6056 Médecine et chirurgie (non réparti)			45 641
6080 Soins infirmiers et d'assistance en U.R.F.J.			
6173 Soins infirmiers à domicile réguliers (non répartis)	91	8 896 579	10 571 386
6240 L'urgence			
6307 Services de santé courants		11 819 747	
6390 Service de soins spirituels			109 111
6430 Encadrement des ressources			498 478
6531 Aide à domicile régulière		175 912	9 428 544
6561 Services psycho. à domicile		168 758	12 088 447
6564 Psychologie			13 010
6565 Services sociaux			7 849 940
6606 Centre de prélèvements		2 566 587	
6803 Pharmacie - Usagers ext. en CH			
6804 Pharmacie - Usagers hospitalisés			701 001
6805 Pharmacie - Usagers hébergés			9 700 977
6862 Orthophonie			
6870 Physiothérapie			4 141 991
6880 Ergothérapie			4 724 677
6890 Animation-Loisirs			3 538 310
6946 Internat - Déficience physique			
7111 Nutrition à domicile		148 296	287 091
7112 Nutrition - Autres		754 153	
7151 Gestion et soutien des services à domicile		1 133 987	4 214 242
7152 Gestion et soutien aux autres programmes		5 432 432	
7153 Centre de réadaptation (Toxicomanie et DP)			
7158 Gestion et soutien aux programmes hors-territoire			91 447
7161 Ergothérapie à domicile		199 577	3 115 144
7162 Physiothérapie à domicile		1 835 181	1 289 866
7690 Transport externe usagers			615 785
7910 Besoins spéciaux			196 999
7930 Personnel en prêt de serv.	53 956	197 616	629 342
8020 Réadaptation adultes - Déficience motrice			
8030 Réadaptation enfants - Déficience motrice			
8040 Adap./intégr. sociales et adop. prof., déficience motrice			
TOTAL	54 047	33 328 825	73 851 429

DP \$	DITSA \$	JD \$	Dép \$	SM \$	SPH \$	TOTAL \$
				98 139	277	98 416
					7 929 351	7 974 992
					4 555 401	4 555 401
2 057 896	577 905			43 545	5 030 149	27 177 551
				711 393	18 529 965	19 241 358
					1 997 239	13 816 986
				165	11 663	120 939
20 352	1 529 082	2 168 761		1 006 740		5 223 413
18 390 632	1 515 261			96 950	476 956	30 084 255
2 709 894	1 834 805			26 995	1 417 962	18 246 861
				4 287 927	42 276	4 343 213
				1 991 913	628 487	10 470 340
					13 557	2 580 144
				21 159	2 861 496	2 882 655
				2 443 471	1 662 657	4 807 129
				1 882 477		11 583 454
					262 028	262 028
				822 078	1 274 163	6 238 232
				2 155 775	644 935	7 525 387
				321 658	39 799	3 899 767
9 817 684						9 817 684
81 152					258 752	775 291
					336 799	1 090 952
2 445 878	536 182			21 902	842 673	9 194 864
9 809		1 946 849		5 764 818		13 153 908
2 667 586			305 032			2 972 618
				296 010	1 562 225	1 949 682
2 246 766	105 279				983 766	6 650 532
146 167	1 508				280 268	3 552 990
926 835	155 274	1 145 293		93 151		2 936 338
				8 432		205 431
193 644	228 860	235 269	25 888	323 718	163 692	2 051 985
15 367 738						15 367 738
9 122 629						9 122 629
3 904 387						3 904 387
70 109 049	6 484 156	5 496 172	330 920	22 418 416	51 806 536	263 879 550

RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES

	SPUB \$	SG \$	SAPA \$	DP \$
Frais de séjour des médecins itinérants dépanneurs de certaines régions				
Achat de services post hospitaliers en CHSLD publics et privés conventionnés « achats de places »			6 652 125	
Achat de services post hospitaliers en CHSLD privés non conventionnés « achats de places »			22 286 146	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en CHSLD privés non conventionnés « achats de places »			192 616	
Comité des usagers				
Frais accessoires - services assurés matériels et produits		16 503		
Variation pour assurance salaire	(18 860)	(69 074)	(219 976)	(67 685)
Forfaits d'Installation et d'opérations pour les IPS-SPL		381 257		
Forfaitaire 2015-2016	5 558	20 358	64 832	19 948
Ajustement contribution employeur aux régimes d'assurances collectives	21 282	77 946	248 231	76 379
Créances douteuses				
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en remplacement				
Autres	111 932	302 961	941 582	2 215 452
Allocations à des GMF, GMF-R et à des cliniques-réseau		2 824 381		
Services préhospitaliers d'urgence				
TOTAL	119 912	3 554 332	30 165 556	2 244 094

DITSA \$	JD \$	DÉP \$	SM \$	SPH \$	ADM \$	SS \$	GBE \$	TOTAL \$
				290 278				290 278
								6 652 125
								22 286 146
								192 616
						506 420		506 420
								16 503
(79 995)	(82 235)	(9 049)	(113 151)	(57 216)	(53 419)	(73 417)	(74 469)	(918 546)
								381 257
23 576	24 237	2 667	33 348	16 863	15 744	21 638	21 948	270 717
90 269	92 797	10 211	127 684	64 565	60 280	82 847	84 034	1 036 525
					2 343 723			2 343 723
					11 025			11 025
1 641 861	599 320	324 278	967 381	2 098 693	607 340	753 966	301 901	10 866 667
								2 824 381
				41 563 037				41 563 037
1 675 711	634 119	328 107	1 015 262	43 976 220	2 984 693	1 291 454	333 414	88 322 874

9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES

COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP 3410 « Paiements de transfert », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transfert à recevoir du gouvernement du Québec.	2013-14	R	Aucune, car directive du MSSS			NR
Les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2011-12	R	Aucune, car directive du MSSS			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
L'établissement n'a pu produire de rapport permettant de contrôler le processus de compilation des données pour les unités de mesure « L'utilisateur » du centre d'activités 5601 – Centre de jour pour jeunes, « La présence » du centre d'activités 5601 – Centre de jour pour jeunes, « L'utilisateur » du centre d'activités 5602 – Service d'apprentissage aux habitudes de travail, « La présence » du centre d'activités 5602 - Service d'apprentissage aux habitudes de travail.	2011-12	R	Aucune unité compilée au cours de l'exercice			NR
L'établissement n'a pu produire de rapport permettant de contrôler le processus de compilation des données pour les unités de mesure « Jour présence » du centre d'activités 7606 – Cueillette, distribution et autres charges ainsi que « Le transport d'un usager » du centre d'activités 7690 – Transport externe des usagers. Centre jeunesse de Québec	2011-12	O	L'établissement a produit le rapport permettant de contrôler le processus de compilation des données pour l'unité de mesure du centre d'activité 7606. Aucune unité compilée au cours de l'exercice pour les autres unités mentionnées.			PR

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

**Description des réserves,
commentaires
et observations**

1	Année 20XX-XX	Nature (R, O, C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R	PR	NR
2	3	4	5	6	7	
Centre d'activités 6390 – Services de pastorale (unité de mesure « L'utilisateur ») les unités de mesure ne sont pas compilées par l'établissement. CSSS de Portneuf	2011-12	O	Aucune unité compilée au cours de l'exercice			NR
6710 – Unité de mesure l'utilisateur non présentée. Selon la circulaire, l'unité de mesure « L'utilisateur » (unité de mesure B du centre d'activités) devrait être présentée, alors qu'elle ne l'est pas. Un oubli lors de la création du formulaire a causé cette erreur. Nous recommandons donc que l'Institut communique avec le MSSS afin de faire ajouter cette ligne. IUSMQ	2015	O	La situation a été réglée au cours de l'exercice 2017	R		
7900 – Coûts directs bruts non répartis entre les sous-centres d'activités Puisque ce centre d'activités comprend les sous-services d'activités 7906 et 7907, il aurait fallu répartir les coûts entre les deux sous-centres d'activités. Or, comme le système ne permet pas de revenir en arrière, l'erreur n'a pu être détectée à temps et il est maintenant impossible de corriger cette situation. Nous recommandons donc qu'une validation soit faite avant de soumettre les données afin qu'une telle erreur puisse être détectée, puis corrigée dans les exercices ultérieurs. IUSMQ	2015	O	La situation a été réglée au cours de l'exercice 2017	R		
CA 4112 – Développement, adaptation et intégration sociale enfants (0-5 ans) et leur famille. Nous avons constaté que l'unité compilée ne respectait pas la circulaire détaillant les interventions à compiler. En effet, dans le cadre de nos tests, nous avons identifié des appels pour prise de rendez-vous comme étant des interventions. Toutefois, selon la circulaire, il ne s'agit pas d'une intervention. CSSSQN	2016	O	L'intervenant nous a mentionné qu'elle prendrait soin de mentionner à ceux qui effectuent la compilation ce qui doit être considéré à titre d'intervention selon les directives de la circulaire. La situation devrait être réglée au cours du prochain exercice.			NR

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations

1	Année 20XX-XX	Nature (R, O, C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R	PR	NR
2	3	4	5	6	7	
<p>CA 6890 – Animation-Loisirs pour l'unité de mesure – Temps vécu-Loisirs et la participation.</p> <p>Pour la période 1 à 9, une anomalie au niveau du report de l'information dans le fichier de suivi Excel a été retracée. L'ajustement a été apporté au fichier de suivi informatique uniquement à la période 10. Par conséquent, les unités de mesure pour la période 1 à 9 sont sous-évaluées. De plus, le service spirituel ne tient aucun registre de ses activités, contrairement aux directives de la circulaire.</p> <p>CSSSQN</p>	2016	O	La situation a été réglée au cours de l'exercice 2017.	R		
<p>CA 7554 – Les unités de mesure – Repas pour vente de service et repas pour l'établissement.</p> <p>L'unité – Repas pour vente de service n'est pas bien calculée puisqu'il y a une erreur dans le tableau de suivi. Pour les repas conventionnés, la quantité de repas est divisée par 5,25, ce qui correspond à la méthode de calcul pour l'exercice 2014-2015 alors que pour l'exercice 2015-2016, la quantité doit être divisée par 5,45. La même situation s'est produite en 2016-2017 car le taux utilisé était celui 2015-2016 alors qu'il aurait dû être de 5,71. De plus, le total des repas conventionnés pour l'ensemble des établissements du CSSSQN selon le rapport de MaîtreD, ne donne pas la même information que le tableau Excel global pour l'ensemble des établissements pour la statistique 7554. De plus, l'unité Repas pour l'établissement est inexacte puisqu'il nous a été impossible, dans le cadre de nos tests, de valider le nombre de repas inscrits. En discutant avec l'intervenante de l'unité de mesure, nous avons réalisé qu'elle n'était pas en mesure de nous expliquer quelle information elle avait utilisée dans le cadre de ses calculs.</p> <p>Au cours de l'exercice 2017, nous avons révélé la même situation pour le CSSSQN et le CSSSVC alors que le taux qui aurait dû être utilisé était 5,71 et non 5,45.</p> <p>CSSSQN et CSSSVC</p>	2016	O	Revue de la méthode de travail et meilleure formation des intervenants pour l'unité de mesure, la situation devrait être réglée au cours du prochain exercice.			NR
<p>6307 – Services de santé courants.</p> <p>Au cours des périodes 8, 9, 10, la compilation des unités de mesure relatives à ce centre d'activités n'a pas été effectuée à titre de moyens de pression par les employés et le total annuel est donc sous-évalué.</p>	2016	O	La situation a été réglée au cours de l'exercice 2017.	R		

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

**Description des réserves,
commentaires
et observations**

1	2	3	4	État de la problématique au 31 mars 2016		
				5	6	7
	Année 20XX-XX	Nature (R, O, C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	R	PR	NR
<p>Selon le manuel de gestion financière du MSSS, les unités de mesure « L'usager » et « L'admission, la visite, l'usager » doivent être compilés une seule fois dans le total annuel. Cependant, la compilation de ces unités s'est effectuée par composantes (Établissement avant la fusion) au cours de l'exercice et aucune élimination d'usager comptabilisé plus d'une fois, n'a été effectuée en fin d'exercice. L'établissement n'a pas été en mesure de nous démontrer que l'impact de cette façon de compiler ces unités de mesure était négligeable, ce qui nous conduit à émettre une réserve.</p>	2016	R	<p>La situation sera réglée lorsque l'établissement sera en mesure d'effectuer la compilation de ces unités de mesure en éliminant les mêmes unités compilées dans les différentes composantes.</p> <p>(Établissement avant la fusion)</p>			NR
<p>CA 5590 – Cette unité de mesure est calculée sur une base mensuelle alors qu'elle doit être calculée sur une base journalière. Pour respecter la circulaire, le système devrait générer des statistiques journalières.</p> <p>Centre jeunesse de Québec</p>	2017	O	<p>Le calcul de cette unité de mesure doit se faire sur une base journalière tel que requis par la circulaire. La situation devrait être réglée au cours du prochain exercice.</p>			NR
<p>CA 6890 – La compilation de l'unité de mesure n'est pas adéquate car des erreurs ont été décelées pour plusieurs périodes. La responsable de la compilation de la statistique était absente en raison de maladie pendant une partie de l'exercice. Toutefois, il y avait également une erreur dans une des périodes qui a été compilée par elle à son retour.</p> <p>CSSSQN</p>	2017	O	<p>La responsable de la compilation doit effectuer une compilation adéquate de cette unité au cours du prochain exercice. La situation devrait être réglée au cours du prochain exercice.</p>			NR
<p>CA 7644 et 7703 – Les unités de mesure concernant les mètres carrés ainsi que les mètres cubes sont inexacts car les données brutes sont utilisées alors que la circulaire indique d'utiliser les données nettes. De plus, dans le calcul des mètres cubes, la hauteur exacte des murs n'est pas utilisée. Un taux inadéquat a été utilisé et le responsable n'a pas été en mesure de retourner à la source pour expliquer la provenance du taux utilisé.</p> <p>CSSSQN</p>	2017	O	<p>Les données nettes ainsi que les bons taux doivent être utilisés pour la compilation de cette unité de mesure tel que requis par la circulaire. La situation devrait être réglée au cours du prochain exercice.</p>			NR
<p>CA 7690 – La circulaire ne fait pas mention de transport de matériel dans la compilation de cette unité de mesure, donc ces transports ne devraient pas figurer dans le calcul alors qu'ils le sont.</p> <p>IRDPQ</p>	2017	O	<p>Les transports de matériel ne doivent pas être inclus dans le calcul de cette unité de mesure. La situation devrait être réglée au cours du prochain exercice.</p>			NR

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

Description des réserves,
commentaires
et observations

1	Année 20XX-XX	Nature (R, O, C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
CA 6710 – La compilation des unités techniques n'a pu être effectuée étant donné que nous n'avons pas eu accès aux détails des examens effectués. De plus, nous n'avons pas pu valider si le logiciel utilisé pour la compilation de ces unités de mesure respectait les critères de la circulaire. CSSVC	2017	O	Le responsable doit s'assurer que le logiciel utilisé pour la compilation de cette unité de mesure respecte les critères énoncés par la circulaire. La situation devrait être réglée au cours du prochain exercice.			NR
Rapport à la gouvernance						
Tests des changements applicatifs : Un processus de tests de mises à jour, au moins jugées majeures, de l'application financière et de l'application de la paie, devrait être mis en place. Ces tests permettraient de valider, entre autres choses, le traitement adéquat des informations par la vérification des nouvelles fonctionnalités et de droits d'accès qui y sont rattachés. Ce test devrait également se conclure par la formalisation de l'autorisation de la mise en production. CSSS de Portneuf	2011-12	O				NR

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

10.1 LES SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

	Subventions 2016-2017 \$	Subventions 2016-2017 %
Sommaire		
Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)		
Financement de base		
Aide et entraide	12 595 192	29,99
Sensibilisation, promotion et défense des droits	631 279	1,50
Hébergement communautaire	8 440 224	20,10
Milieus de vie	14 021 094	33,39
Financement pour activités spécifiques (anciennement par objectifs)	6 305 544	15,02
Sous-total	41 993 333	100,00
Autres sources de financement		
Programme d'aide aux joueurs pathologiques	206 538	2,24
Programme de soutien communautaire en logement social	516 318	5,60
Programme de subventions de projets en matière de sécurité alimentaire	231 530	2,51
Hors PSOC	2 888 549	31,44
Autres financements (Violence conjugale – Hébergement dépendance – Santé mentale – Soutien ponctuel – Répit-Dépannage – PS-PAR) ¹	5 366 399	58,21
Sous-total	9 209 334	100,00
TOTAL PSOC ET AUTRES PROGRAMMES DE FINANCEMENT	51 202 667	

1. À titre indicatif seulement – Nouvelle compilation des diverses directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

NOMBRE D'ORGANISMES FINANCÉS AU PSOC 2016-2017

Mission globale	232
Points de services	27
Activités spécifiques	30

10.2 LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

# Dossier	Organisme	Typologie
03-05111	Action bénévole de Saint-Basile inc.	Activité spécifique
03-06387	Action-Habitation de Québec	Autre financement
03-00243	Adaptavie inc.	Aide et entraide
03-02022	Aide à la communauté et services à domicile	Activité spécifique
03-06159	Aidons-Lait	Aide et entraide
03-02385	Allaitement Québec	Aide et entraide
03-06154	Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement (AGIR en santé mentale)	Activité spécifique
03-06203	Alternative jeunesse Mont-Sainte-Anne	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06141	Amicale Alfa de Québec	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06292	Ancrage de l'Isle-aux-Coudres (L')	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06030	Arc-en-ciel Organisme communautaire en santé mentale	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06019	Arche L'Étoile inc. (L')	Activité spécifique
03-02561	Archipel d'entraide (L')	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-03010	Association Alti	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-05855	Association bénévole Côte de Beaupré	Aide et entraide
03-00637	Association bénévole de Charlevoix	Aide et entraide
03-05854	Association Bénévole de l'Île-d'Orléans (L')	Aide et entraide
03-06033	Association canadienne pour la santé mentale (région de Québec) inc.	Organismes de sensibilisation, promotion et défense de droits
03-06167	Association de fibromyalgie - région de Québec	Aide et entraide
03-01233	Association des grands brûlés (L') F.L.A.M.	Aide et entraide
03-06277	Association des handicapés respiratoires de Québec (1984) inc.	Aide et entraide
03-06289	Association des Laryngectomisés de Québec inc.	Activité spécifique
03-06155	Association des personnes avec une déficience de l'audition	Aide et entraide
03-01489	Association des personnes handicapées de Charlesbourg	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-01059	Association des personnes handicapées de Charlevoix inc.	Organismes de sensibilisation, promotion et défense de droits
03-06043	Association des personnes handicapées de Portneuf	Aide et entraide
03-01352	Association des personnes intéressées à l'aphasie et à l'accident vasculaire cérébral (APIA-AVC)	Aide et entraide
03-06270	Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec (03)	Aide et entraide
03-06303	Association des proches aidants de la Capitale-Nationale	Aide et entraide

Mission globale		Activités spécifiques		Total PSOC	Autres		Total tout financement	
2015-2016 \$	2016-2017 \$	2015-2016 \$	2016-2017 \$	2016-2017 \$	2015-2016 \$	2016-2017 \$	2015-2016 \$	2016-2017 \$
0	0	5 606	5 674	5 674	0	0	5 606	5 674
0	0	0	0	0	43 784	44 309	43 784	44 309
103 539	104 781	0	0	104 781	56 449	56 449	159 988	161 203
0	0	48 901	49 500	49 500	0	0	48 901	49 500
45 835	46 385	0	0	46 385	0	0	45 835	46 385
55 457	56 122	0	0	56 122	0	0	55 457	56 122
0	0	72 281	73 148	73 148	0	0	72 281	73 148
51 770	52 391	0	0	52 391	0	0	51 770	52 391
60 132	60 854	0	0	60 854	0	0	60 132	60 854
43 484	44 006	0	0	44 006	0	0	43 484	44 006
572 840	579 714	0	0	579 714	97 024	121 050	669 864	700 764
0	0	443 899	449 226	449 226	60 022	60 022	503 921	509 248
223 189	225 867	79 806	80 764	306 631	194 480	181 634	497 475	488 265
96 814	97 976	0	0	97 976	0	0	96 814	97 976
156 049	157 961	0	0	157 961	0	0	156 049	157 961
156 044	157 941	0	0	157 941	2 782	0	158 826	157 941
74 275	75 193	0	0	75 193	0	0	74 275	75 193
142 563	144 274	0	0	144 274	0	0	142 563	144 274
47 112	47 677	0	0	47 677	0	0	47 112	47 677
167 719	169 732	0	0	169 732	0	0	167 719	169 732
36 239	36 674	0	0	36 674	0	0	36 239	36 674
0	0	7 417	7 506	7 506	0	0	7 417	7 506
77 655	78 587	0	0	78 587	0	0	77 655	78 587
103 539	104 781	0	0	104 781	0	0	103 539	104 781
60 053	60 774	0	0	60 774	0	0	60 053	60 774
51 770	52 391	0	0	52 391	19 341	19 431	71 111	71 822
59 339	60 051	0	0	60 051	0	0	59 339	60 051
91 317	92 413	0	0	92 413	107 890	109 185	199 207	201 598
76 900	77 869	0	0	77 869	0	0	76 900	77 869

# Dossier	Organisme	Typologie
03-06288	Association des Sourds de Québec inc.	Activité spécifique
03-02929	Association des T.C.C. des deux rives (L') (Québec - Chaudière-Appalaches)	Aide et entraide
03-02575	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A.) Québec Métro (03-12) inc.	Aide et entraide
03-02552	Association Panda Capitale-Nationale	Aide et entraide
03-06044	Association pour l'intégration sociale (L') (Région de Québec)	Aide et entraide
03-00146	Association Y.W.C.A. de Québec	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06281	Atelier de la mezzanine	Activité spécifique
03-01011	Autisme Québec	Aide et entraide
03-01456	AutonHommie (L'), Centre de ressources sur la condition masculine (Québec) inc.	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06061	Auto-Psy (région de Québec)	Aide et entraide
03-00300	Autre avenue (L), organisme de justice alternative	Aide et entraide
03-06257	Baratte (La)	Activité spécifique
03-05117	Bénévolat Michel Sarrazin	Aide et entraide
03-05191	Bénévolat Saint-Sacrement inc.	Aide et entraide
03-06382	Bouchée généreuse (La)	Autre financement
03-06062	Boussole (La), Regroupement des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale	Aide et entraide
03-06013	Butineuse de Vanier inc. (La)	Aide et entraide
03-06201	Cabanon (Le) Maison des jeunes de Lac-Beauport	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06065	Café rencontre du Centre-Ville (Québec) inc.	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06287	CALACS de Charlevoix	Aide et entraide
03-00006	Camp de plein air Le Saisonnier	Autre financement
03-05136	Carrefour de l'Amitié Charlesbourg	Aide et entraide
03-06312	Carrefour des proches aidants de Québec	Aide et entraide
03-02221	Carrefour familial des personnes handicapées	Aide et entraide
03-06384	Carrefour FM Portneuf	Autre financement
03-01080	Centre Bonne-Entente	Aide et entraide
03-06196	Centre CASA (1997)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06402	Centre communautaire Jean-Guy Drolet	Autre financement
03-00138	Centre Communautaire l'Amitié inc. (Le)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-00205	Centre communautaire Pro-Santé inc.	Aide et entraide
03-00349	Centre d'action bénévole Aide 23	Aide et entraide
03-00038	Centre d'action bénévole de Québec	Activité spécifique
03-02811	Centre d'action bénévole du Contrefort	Aide et entraide

Mission globale		Activités spécifiques		Total PSOC	Autres		Total tout financement	
2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
0	0	12 106	12 251	12 251	0	0	12 106	12 251
51 770	52 391	0	0	52 391	139 442	139 442	191 212	191 833
38 828	78 587	0	0	78 587	0	0	38 828	78 587
105 754	107 023	0	0	107 023	0	0	105 754	107 023
51 770	52 391	0	0	52 391	1 000	0	52 770	52 391
0	0	163 448	165 409	165 409	62 450	69 885	225 898	235 294
0	0	157 255	159 142	159 142	0	0	157 255	159 142
137 559	139 210	0	0	139 210	544 851	544 851	682 410	684 061
199 383	201 776	0	0	201 776	15 761	15 960	215 144	217 726
171 256	173 311	0	0	173 311	0	0	171 256	173 311
638 386	646 047	0	0	646 047	0	0	638 386	646 047
0	0	50 965	51 607	51 607	0	0	50 965	51 607
113 849	115 230	0	0	115 230	0	0	113 849	115 230
119 528	120 981	0	0	120 981	0	0	119 528	120 981
0	0	0	0	0	2 718	2 718	2 718	2 718
364 741	369 118	0	0	369 118	0	0	364 741	369 118
70 233	71 076	0	0	71 076	0	0	70 233	71 076
76 187	77 101	0	0	77 101	0	0	76 187	77 101
75 110	76 011	0	0	76 011	0	0	75 110	76 011
236 254	239 089	0	0	239 089	0	0	236 254	239 089
0	0	0	0	0	2 626	0	2 626	0
131 821	133 418	0	0	133 418	0	0	131 821	133 418
116 604	118 052	0	0	118 052	0	0	116 604	118 052
125 838	127 348	0	0	127 348	0	0	125 838	127 348
0	0	0	0	0	39 708	39 884	39 708	39 884
137 587	139 268	0	0	139 268	0	0	137 587	139 268
159 057	160 966	0	0	160 966	388 026	410 800	547 083	571 766
0	0	0	0	0	23 000	23 000	23 000	23 000
222 270	224 937	0	0	224 937	0	0	222 270	224 937
156 047	157 955	0	0	157 955	19 882	25 132	175 929	183 087
156 038	157 913	0	0	157 913	0	0	156 038	157 913
0	0	132 496	134 130	134 130	0	0	132 496	134 130
156 050	157 965	0	0	157 965	0	0	156 050	157 965

# Dossier	Organisme	Typologie
03-06072	Centre de crise de Québec	Activité spécifique
03-06073	Centre de croissance Renaissance inc.	Organismes d'hébergement
03-06075-1	Centre de jour Feu Vert (Beauport)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06075	Centre de jour Feu Vert inc.	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06075-2	Centre de jour Feu Vert (Sainte-Brigitte-de-Laval)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06096	Centre de jour L'Envol inc.	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06079	Centre d'entraide du trouble affectif bipolaire de Québec	Aide et entraide
03-06234	Centre d'entraide Émotions	Aide et entraide
03-00030	Centre de parrainage civique de Québec inc. (Le)	Aide et entraide
03-06076	Centre de prévention du suicide C.P.S.	Aide et entraide
03-06092	Centre de prévention du suicide de Charlevoix	Aide et entraide
03-06092-1	Centre de prévention du suicide de Charlevoix (Baie-Saint-Paul)	Aide et entraide
03-01671	Centre des femmes de Charlevoix	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-00609	Centre des femmes de la Basse-Ville (Le)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-03203	Centre de traitement des dépendances Le Rucher	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-01621	Centre femmes aux 3 A de Québec inc.	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-02055	Centre-Femmes aux Plurielles	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-02041	Centre-Femmes d'aujourd'hui	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06244	Centre femmes de Portneuf	Autre financement
03-00144	Centre international des femmes, Québec	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06397	Centre local de développement Charlevoix-Est	Activité spécifique
03-06254	Centre Multi-Services 16-30 ans La Source	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-03057	Centre résidentiel et communautaire Jacques Cartier (Le)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06256	Centre ressources pour femmes de Beauport (CRFB)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-01779	Centre Signes d'Espoir	Aide et entraide
03-06085	Centre social de la Croix Blanche (région de Québec)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06386	Centre Solidarité Jeunesse	Autre financement
03-01896	Centrespoir-Charlesbourg inc. (Le)	Aide et entraide
03-06006	Cercle Polaire (Le)	Aide et entraide
03-06129	C.E.R.F. Volant de Portneuf inc.	Autre financement
03-00575	Chantelait	Aide et entraide
03-01785	Club bon coeur des cardiaques de Charlevoix inc.	Aide et entraide
03-06227	Club cardio-santé de Charlevoix inc.	Aide et entraide
03-00497	Collectif d'accompagnement à l'accouchement (Le) « Les Accompagnantes »	Aide et entraide

Mission globale		Activités spécifiques		Total PSOC	Autres		Total tout financement	
2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
0	0	2 493 196	2 523 114	2 523 114	338 609	342 312	2 831 805	2 865 426
388 680	393 344	0	0	393 344	0	0	388 680	393 344
25 326	25 630	0	0	25 630	0	0	25 326	25 630
234 432	237 245	0	0	237 245	0	0	234 432	237 245
23 357	23 637	0	0	23 637	0	0	23 357	23 637
109 203	110 513	0	0	110 513	0	0	109 203	110 513
142 467	144 177	0	0	144 177	10 000	10 000	152 467	154 177
112 073	113 418	0	0	113 418	0	0	112 073	113 418
128 742	130 287	0	0	130 287	0	0	128 742	130 287
868 594	879 017	0	0	879 017	170 056	172 097	1 038 650	1 051 114
196 393	198 750	0	0	198 750	0	0	196 393	198 750
29 181	29 531	0	0	29 531	0	0	29 181	29 531
191 805	194 107	0	0	194 107	17 916	18 142	209 721	212 249
232 372	235 160	0	0	235 160	0	0	232 372	235 160
241 533	244 431	0	0	244 431	760 897	767 449	1 002 430	1 011 880
191 643	193 943	0	0	193 943	79 326	80 325	270 969	274 268
192 669	194 981	0	0	194 981	0	0	192 669	194 981
191 804	194 106	0	0	194 106	0	0	191 804	194 106
0	0	0	0	0	15 500	21 149	15 500	21 149
191 733	194 034	0	0	194 034	0	0	191 733	194 034
0	0	0	0	0	23 000	23 000	23 000	23 000
48 925	49 512	0	0	49 512	0	0	48 925	49 512
126 316	127 832	0	0	127 832	20 000	20 240	146 316	148 072
191 047	193 340	0	0	193 340	0	0	191 047	193 340
231 346	234 122	0	0	234 122	0	0	231 346	234 122
212 754	215 307	0	0	215 307	0	0	212 754	215 307
0	0	0	0	0	20 466	30 378	20 466	30 378
87 229	88 276	0	0	88 276	0	0	87 229	88 276
144 124	145 853	0	0	145 853	0	0	144 124	145 853
0	0	0	0	0	3 537	3 537	3 537	3 537
46 268	46 823	0	0	46 823	0	0	46 268	46 823
65 257	66 040	0	0	66 040	0	0	65 257	66 040
62 965	63 721	0	0	63 721	0	0	62 965	63 721
110 547	111 874	0	0	111 874	0	0	110 547	111 874

# Dossier	Organisme	Typologie
03-06143	Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap CAPVISH (Le)	Activité spécifique
03-06229	Comité d'aide aux femmes sourdes de Québec	Organismes de sensibilisation, promotion et défense de droits
03-05138	Comité de la popote de Clermont	Aide et entraide
03-05562	Comité de volontariat de quartier Limoilou-Sud inc.	Aide et entraide
03-05121	Comité Neuville se souvient	Aide et entraide
03-05113	Comité Vas'y de Saint-Raymond	Aide et entraide
03-06330	Communautés Solidaires	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06147	Contact-Aînés	Aide et entraide
03-06396	Corporation au pied des Monts inc.	Autre financement
03-00007	Corporation Cité-Joie inc (La)	Autre financement
03-00297	Corporation d'animation L'Ouvre-Boîte du Quartier	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06389	Corporation de la résidence pour personnes âgées de L'Ange-Gardien - La Villa les Mésanges	Autre financement
03-06117	Corporation jeunesse l'Évasion l'Ormière	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06165	Courtepointe (La)	Aide et entraide
03-06399	Craque-Bitume	Autre financement
03-06105	Croissance-Travail	Aide et entraide
03-06324	Cuisine collective Beauport	Aide et entraide
03-06137	Demi-Lune	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06249	Domaine du Parc Savard	Autre financement
03-06187	Dysphasie Québec	Aide et entraide
03-06194	Entr'actes, Productions artistiques	Aide et entraide
03-06094	Entraide Agapè	Aide et entraide
03-00746	Entraide communautaire Le Halo (L')	Aide et entraide
03-05929	Entraide des aînés de Sillery	Aide et entraide
03-05189	Entraide du Faubourg inc.	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-01925	Entraide jeunesse Québec	Aide et entraide
03-06066	Entraide Les Saules inc. (L')	Aide et entraide
03-01192	Entraide Naturo-Lait	Aide et entraide
03-05110	Entraide Sainte-Foy	Aide et entraide
03-06381	Entreprise de formation Dimensions	Autre financement
03-01458	Épilepsie Section de Québec	Aide et entraide
03-05198	Équipe bénévole de l'Institut (L')	Aide et entraide
03-06272	ÉquiTravail	Autre financement
03-02788	ESPACE région de Québec	Aide et entraide

Mission globale		Activités spécifiques		Total PSOC	Autres		Total tout financement	
2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
0	0	91 711	92 812	92 812	0	0	91 711	92 812
121 944	123 407	0	0	123 407	0	0	121 944	123 407
6 319	6 395	0	0	6 395	0	0	6 319	6 395
36 226	36 661	0	0	36 661	0	0	36 226	36 661
16 305	16 501	0	0	16 501	0	0	16 305	16 501
153 717	155 584	0	0	155 584	0	0	153 717	155 584
32 891	33 286	0	0	33 286	0	0	32 891	33 286
0	22 139	21 876	0	22 139	0	0	21 876	22 139
0	0	0	0	0	9 967	10 086	9 967	10 086
0	0	0	0	0	111 846	111 846	111 846	111 846
155 310	157 174	0	0	157 174	0	15 000	155 310	172 174
0	0	0	0	0	18 825	19 051	18 825	19 051
73 256	74 135	0	0	74 135	0	0	73 256	74 135
54 766	55 423	0	0	55 423	0	0	54 766	55 423
0	0	0	0	0	22 400	23 000	22 400	23 000
945 524	956 870	0	0	956 870	0	0	945 524	956 870
48 678	49 262	0	0	49 262	7 000	7 000	55 678	56 262
128 414	129 955	0	0	129 955	0	0	128 414	129 955
0	0	0	0	0	0	40 000	0	40 000
103 539	104 781	0	0	104 781	29 688	29 688	133 227	134 469
103 539	104 781	0	0	104 781	0	0	103 539	104 781
77 542	78 473	0	0	78 473	0	0	77 542	78 473
156 039	157 919	0	0	157 919	0	0	156 039	157 919
80 999	81 983	0	0	81 983	0	0	80 999	81 983
210 736	213 304	0	0	213 304	0	0	210 736	213 304
119 842	121 280	0	0	121 280	0	0	119 842	121 280
66 074	66 879	0	0	66 879	0	0	66 074	66 879
68 279	69 098	0	0	69 098	0	0	68 279	69 098
114 116	115 517	0	0	115 517	0	0	114 116	115 517
0	0	0	0	0	243 567	246 490	243 567	246 490
42 907	43 422	0	0	43 422	0	0	42 907	43 422
29 829	30 187	0	0	30 187	0	0	29 829	30 187
0	0	0	0	0	160 000	161 920	160 000	161 920
193 395	195 716	0	0	195 716	0	0	193 395	195 716

# Dossier	Organisme	Typologie
03-06228	Évasion Saint-Pie X (L')	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06109	Éveil Charlevoisien (L')	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06385	Fédération de l'Âge d'or du Québec	Autre financement
03-06274	Folie / Culture inc.	Autre financement
03-06276	Fondation de la greffe de moelle osseuse de l'Est du Québec	Activité spécifique
03-06015	Fondation fête d'enfant dédié inc.	Activité spécifique
03-00852	Forum Jeunesse Charlevoix Ouest	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-00852-1	Forum Jeunesse Charlevoix Ouest (Saint-Hilarion)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-00852-2	Forum Jeunesse (Repère de la petite rivière Saint-François)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-05193	Fraternité Sainte-Marie de Ville de Vanier inc. (La)	Aide et entraide
03-01883	G.A.P.I. Groupe d'aide aux personnes impulsives (ayant des comportements violents)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-01344	Gîte Jeunesse inc.	Organismes d'hébergement
03-01344-1	Gîte Jeunesse Sainte-Foy	Organismes d'hébergement
03-06211	Grand chemin inc. (Le)	Activité spécifique
03-01318	Grands frères et Grandes soeurs de Québec inc. (Les)	Aide et entraide
03-06186	GRIS-Québec	Aide et entraide
03-01115	Groupe action jeunesse de Charlevoix	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-01115-1	Groupe action jeunesse (Malbaie)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-01115-2	Groupe action jeunesse (Saint-Aimé-des-Lacs)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-01115-3	Groupe action jeunesse (Saint-Siméon)	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06395	Habitations populaires Saint-Sacrement (Les)	Autre financement
03-06388	Habitations Vivre Chez Soi	Autre financement
03-06251	Intégration TSA	Autre financement
03-06360	Inter-Elles (L')	Autre financement
03-06343	Laura Lémerville	Aide et entraide
03-06112	Libre Espace Côte-de-Beaupré inc.	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06252	Magnifique inc. (Le)	Aide et entraide
03-06040	Mains de l'Espoir de Charlevoix inc.	Aide et entraide
03-06040-1	Mains de l'Espoir de Charlevoix inc. (Baie-Saint-Paul)	Aide et entraide
03-06293	Maison communautaire Missinak Ressource d'hébergement et de ressourcement pour femmes autochtones et leurs familles	Organismes d'hébergement
03-03154	Maison d'aide Villa Saint-Léonard	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-00502	Maison de Job	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-02632	Maison de la famille DAC (Droit d'accès Charlesbourg)	Autre financement

Mission globale		Activités spécifiques		Total PSOC	Autres		Total tout financement	
2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
208 860	211 366	0	0	211 366	0	0	208 860	211 366
380 653	385 221	0	0	385 221	83 850	84 857	464 503	470 078
0	0	0	0	0	105 197	105 723	105 197	105 723
0	0	0	0	0	66 629	67 469	66 629	67 469
0	0	30 573	30 940	30 940	0	0	30 573	30 940
0	0	20 724	20 973	20 973	0	0	20 724	20 973
134 754	136 371	0	0	136 371	0	0	134 754	136 371
15 916	16 107	0	0	16 107	0	0	15 916	16 107
15 916	16 107	0	0	16 107	0	0	15 916	16 107
154 439	156 295	0	0	156 295	13 910	14 085	168 349	170 380
341 416	345 513	0	0	345 513	14 190	14 360	355 606	359 873
443 500	448 822	0	0	448 822	0	0	443 500	448 822
37 828	38 282	0	0	38 282	0	0	37 828	38 282
0	0	428 339	433 479	433 479	106 498	107 189	534 837	540 668
59 896	60 615	0	0	60 615	0	0	59 896	60 615
53 979	54 627	0	0	54 627	7 395	55 555	61 374	110 182
130 194	131 756	0	0	131 756	8 716	8 821	138 910	140 577
33 968	34 376	0	0	34 376	0	0	33 968	34 376
21 630	21 890	0	0	21 890	0	0	21 630	21 890
15 916	16 107	0	0	16 107	0	0	15 916	16 107
0	0	0	0	0	57 585	58 276	57 585	58 276
0	0	0	0	0	38 183	38 641	38 183	38 641
0	0	0	0	0	0	51 000	0	51 000
0	0	0	0	0	15 500	14 400	15 500	14 400
25 885	26 196	0	0	26 196	245 896	2605 440	271 781	286 636
109 203	110 513	0	0	110 513	0	0	109 203	110 513
26 254	26 569	0	0	26 569	0	0	26 254	26 569
89 353	90 425	0	0	90 425	0	0	89 353	90 425
19 484	19 718	0	0	19 718	0	0	19 484	19 718
549 379	555 972	0	0	555 972	0	0	549 379	555 972
162 123	164 068	0	0	164 068	174 783	175 869	336 906	339 937
207 937	210 432	0	0	210 432	70 388	69 458	278 325	279 890
0	0	0	0	0	18 862	18 862	18 862	18 862

# Dossier	Organisme	Typologie
03-06045	Maison de la famille de Charlevoix	Autre financement
03-06372	Maison de la famille D.V.S. (La)	Aide et entraide
03-02972	Maison de Lauberivière, aide aux adultes en difficulté	Organismes d'hébergement
03-00982	Maison d'entraide l'Arc-en-ciel inc.	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00008	Maison de répit Maurice Tanguay - Fondation Jane H.-Dunn	Autre financement
03-00045	Maison des femmes de Québec (La)	Organismes d'hébergement
03-02102	Maison des jeunes de Beauport Est	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-02102-1	Maison des jeunes de Beauport Est (l'Aventurier de Montmorency)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00768	Maison des jeunes de Beauport Ouest	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00768-1	Maison des jeunes de Beauport Ouest - L'Alibi de Cambert	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06127	Maison des jeunes de Boischatel (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-01129	Maison des jeunes de Cap-Rouge inc. (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06128	Maison des jeunes de Duberger	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00704	Maison des jeunes de L'Ancienne-Lorette	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06189	Maison des jeunes de l'Île d'Orléans	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06189-1	Maison des jeunes de l'Île d'Orléans (Saint-Pierre)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06247	Maison des jeunes de Neuville	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06259	Maison des jeunes de Notre-Dame-des-Monts (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-03222	Maison des jeunes de Pont-Rouge 125 inc. (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-02426	Maison des jeunes de Saint-André de Neufchâtel (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-03215	Maison des jeunes de Saint-Augustin-de-Desmaures inc. (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-03215-1	Maison des jeunes de Saint-Augustin-de-Desmaures (L'Illusion)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06306	Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-de-Laval	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06126	Maison des jeunes de Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06224	Maison des jeunes de Saint-Émile	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06191	Maison des jeunes de Saint-Ferréol-les-Neiges	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06191-1	Maison des jeunes de Saint-Ferréol-les-neiges (La Zone)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06208	Maison des jeunes de Saint-Raymond inc. (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00811	Maison des jeunes de Sillery inc. (La) - L'Élément inc.	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-02416	Maison des jeunes de Wendake inc. (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00767	Maison des jeunes du Lac-Saint-Charles inc.	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00128	Maison des jeunes du quartier Saint-Jean-Baptiste (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté

Mission globale		Activités spécifiques		Total PSOC	Autres		Total tout financement	
2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
0	0	0	0	0	2 331	2 359	2 331	2 359
63 195	63 953	0	0	63 953	87 363	88 411	150 558	152 364
270 075	273 316	0	0	273 316	542 070	572 924	812 145	846 240
167 627	169 639	0	0	169 639	15 501	14 937	183 128	184 576
0	0	0	0	0	94 223	94 223	94 223	94 223
732 236	741 023		0	741 023	12 636	23 735	744 872	764 758
131 609	133 188	0	0	133 188	0	0	131 609	133 188
33 966	34 374	0	0	34 374	0	0	33 966	34 374
128 109	129 646	0	0	129 646	0	0	128 109	129 646
21 631	21 891	0	0	21 891	0	0	21 631	21 891
97 845	99 019	0	0	99 019	0	0	97 845	99 019
133 047	134 644	0	0	134 644	0	0	133 047	134 644
73 346	74 226	0	0	74 226	0	0	73 346	74 226
104 883	106 142	0	0	106 142	0	0	104 883	106 142
76 401	77 318	0	0	77 318	0	0	76 401	77 318
33 966	34 374	0	0	34 374	0	0	33 966	34 374
51 770	52 391	0	0	52 391	0	0	51 770	52 391
51 770	52 391	0	0	52 391	0	0	51 770	52 391
73 859	74 745	0	0	74 745	0	0	73 859	74 745
73 343	74 223	0	0	74 223	0	0	73 343	74 223
87 676	88 728	0	0	88 728	0	0	87 676	88 728
28 514	28 856	0	0	28 856	0	0	28 514	28 856
51 770	52 391	0	0	52 391	0	0	51 770	52 391
73 346	74 226	0	0	74 226	0	0	73 346	74 226
51 770	52 391	0	0	52 391	0	0	51 770	52 391
68 433	69 254	0	0	69 254	0	0	68 433	69 254
15 915	16 106	0	0	16 106	0	0	15 915	16 106
39 745	40 222	0	0	40 222	0	0	39 745	40 222
85 006	86 026	0	0	86 026	0	0	85 006	86 026
68 266	69 085	0	0	69 085	0	0	68 266	69 085
104 488	105 742	0	0	105 742	0	0	104 488	105 742
155 310	157 174	0	0	157 174	0	0	155 310	157 174

# Dossier	Organisme	Typologie
03-00318	Maison des jeunes « La Marginale » inc. (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00299	Maison des jeunes La Parenthèse (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06223	Maison des jeunes l'Atôme	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00318-1	Maison des jeunes L'Entre-ados	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00464	Maison des jeunes L'Envol de Sainte-Foy inc.	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-02381-1	Maison des jeunes Le RADO de Lebourgneuf	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-01999	Maison des jeunes l'Escapade de Val-Bélaïr	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00301	Maison des jeunes l'Exode de Limoilou (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-02262	Maison des jeunes l'Intégrale inc. (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-02262-2	Maison des jeunes l'Intégrale Sud	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-02262-1	Maison des jeunes l'Intégrale (Thuyas)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-02799	Maison du coeur pour femmes	Organismes d'hébergement
03-00154	Maison Hélène-Lacroix	Organismes d'hébergement
03-00715	Maison La Montée (La)	Organismes d'hébergement
03-06213	Maison l'Éclaircie	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-01804	Maison Marie Frédéric	Organismes d'hébergement
03-00504	Maison Marie-Rollet	Organismes d'hébergement
03-00812	Maison pour femmes immigrantes	Organismes d'hébergement
03-00022	Maison Richelieu Hébergement Jeunesse inc.	Organismes d'hébergement
03-01469	Mamie-Lait	Aide et entraide
03-06392	Manoir Boischatel - Centre de transition (8621)	Autre financement
03-06007	Marée (La) Regroupement des parents & amis de la personne atteinte de maladie mentale	Aide et entraide
03-06007-1	Marée (La) Regroupement des parents & amis de la personne atteinte de maladie mentale (Baie-Saint-Paul)	Aide et entraide
03-06070	Mères et monde Centre communautaire et résidentiel par et pour jeunes mères	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06064	Mieux-Être des Immigrants (Le)	Aide et entraide
03-02513	Mirépi, Maison d'hébergement inc.	Organismes d'hébergement
03-01803	Moisson Québec inc.	Aide et entraide
03-00014	Mouvement des services à la communauté du Cap-Rouge inc.	Aide et entraide
03-01594	Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-sida à Québec (MIELS-Québec)	Organismes d'hébergement
03-06311	Odyssée Bleue inc. (L')	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-02834	Oeuvres de la Maison Dauphine inc. (Les)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06391	Office municipal d'habitation de Québec	Autre financement

Mission globale		Activités spécifiques		Total PSOC	Autres		Total tout financement	
2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
118 602	120 026	0	0	120 026	0	0	118 602	120 026
131 135	132 709	0	0	132 709	0	0	131 135	132 709
52 057	52 682	0	0	52 682	0	0	52 057	52 682
21 721	21 982	0	0	21 982	0	0	21 721	21 982
129 973	131 533	0	0	131 533	0	0	129 973	131 533
21 630	21 890	0	0	21 890	0	0	21 630	21 890
147 022	148 786	0	0	148 786	0	0	147 022	148 786
123 093	124 570	0	0	124 570	0	0	123 093	124 570
130 777	132 346	0	0	132 346	0	0	130 777	132 346
32 196	32 582	0	0	32 582	0	0	32 196	32 582
32 196	32 582	0	0	32 582	0	0	32 196	32 582
668 091	676 108	0	0	676 108	0	10 516	668 091	686 624
700 858	709 268	0	0	709 268	18 065	18 282	718 923	727 550
686 157	694 391	0	0	694 391	0	0	686 157	694 391
302 586	306 217	0	0	306 217	0	0	302 586	306 217
390 900	395 591	0	0	395 591	0	0	390 900	395 591
753 834	762 880	0	0	762 880	0	0	753 834	762 880
754 526	763 580	0	0	763 580	0	8 660	754 526	772 240
395 588	400 335	0	0	400 335	0	0	395 588	400 335
40 381	40 866	0	0	40 866	0	0	40 381	40 866
0	0	0	0	0	12 120	26 898	12 120	26 898
159 370	161 282	0	0	161 282	0	0	159 370	161 282
98 610	99 793	0	0	99 793	0	0	98 610	99 793
47 112	47 677	0	0	47 677	15 000	15 180	62 112	62 857
47 910	48 485	0	0	48 485	0	0	47 910	48 485
736 252	745 087	0	0	745 087	28 386	63 734	764 638	808 821
75 675	76 583	0	0	76 583	69 158	69 158	144 833	145 741
83 567	84 577	0	0	84 577	0	0	83 567	84 577
606 547	613 826	0	0	613 826	105 128	119 579	711 675	733 405
26 817	27 139	0	0	27 139	0	0	26 817	27 139
221 051	223 704	0	0	223 704	46 915	47 506	267 966	271 210
0	0	0	0	0	120 013	121 453	120 013	121 453

# Dossier	Organisme	Typologie
03-03076	Organisation communautaire d'écoute et d'aide naturelle (OCÉAN)	Aide et entraide
03-06084	Organisation pour la santé mentale oeuvrant à la sensibilisation et à l'entraide (O.S.M.O.S.E.)	Aide et entraide
03-06139	Organisation québécoise des personnes atteintes du cancer (1984) inc.	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00005	Organisme pour l'intégration sociale Apprenti-Loisirs	À déterminer
03-06309	Parents-Espoir	Aide et entraide
03-06271	Parkinson région Québec Chaudière-Appalaches	Aide et entraide
03-06124	Partenaires communautaires Jeffery Hale (Les)	Autre financement
03-06080	Passage (Le), Centre de thérapie familiale en toxicomanie	Aide et entraide
03-06400	Patro de Charlesbourg inc.	Aide et entraide
03-06273	Patro Roc-Amadour	Aide et entraide
03-06315	Pavois de Loretteville (Le)	Activité spécifique
03-06316	Pavois de Sainte-Foy (Le)	Activité spécifique
03-06144	Pavois (Le) Programme d'activités valorisantes offrant interaction et soutien	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06168	Petit Répît (Le)	Activité spécifique
03-06383	Pignon bleu (Le)	Autre financement
03-02381	Pilier Jeunesse - Maison des jeunes de Les Saules et de Lebourgneuf inc. (La)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00297-1	Place de la Rive	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-03261	Point de Repères (1990) inc.	Aide et entraide
03-05566	Popote de Charlesbourg (La)	Aide et entraide
03-05124	Popote et Multi-Services	Aide et entraide
03-05624	Popote Roulante Laval inc.	Aide et entraide
03-06348	Portage - Centre de jour	Autre financement
03-02704	Présence-Famille Saint-Augustin	Aide et entraide
03-03258	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement P.E.C.H.	Activité spécifique
03-00671	Projet-Intervention-Prostitution Québec inc.	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06364	Projet L.U.N.E.	Autre financement
03-03068	Regroupement action prévention jeunesse des Laurentides	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-01904	Regroupement des Aînés de Saint-Émile	Activité spécifique
03-06150	Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix)	Activité spécifique
03-06022	Regroupement des organismes communautaires de la région 03	Activité spécifique

Mission globale		Activités spécifiques		Total PSOC	Autres		Total tout financement	
2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
153 736	155 581	0	0	155 581	66 377	67 174	220 113	222 755
109 490	110 804	0	0	110 804	0	0	109 490	110 804
89 395	90 468	0	0	90 468	0	0	89 395	90 468
0	0	0	0	0	6 183	6 183	6 183	6 183
32 891	33 286	0	0	33 286	0	0	32 891	33 286
50 955	51 566		0	51 566	0	0	50 955	51 566
0	0	0	0	0	29 560	9 059	29 560	9 059
65 462	66 248	0	0	66 248	31 817	32 218	97 279	98 466
0	0	0	0	0	27 551	27 551	27 551	27 551
0	0	0	0	0	70 911	25 000	70 911	25 000
0	0	112 773	114 126	114 126	0	0	112 773	114 126
0	0	154 189	156 039	156 039	0	0	154 189	156 039
877 366	887 894	0	0	887 894	47 665	48 237	925 031	936 131
0	0	36 770	37 211	37 211	0	0	36 770	37 211
0	0	0	0	0	2 718	2 718	2 718	2 718
137 821	139 475	0	0	139 475	0	0	137 821	139 475
77 368	78 296	0	0	78 296	0	0	77 368	78 296
369 616	374 051	0	0	374 051	378 684	467 536	748 300	841 587
80 336	81 314	0	0	81 314	0	0	80 336	81 314
143 949	145 691	0	0	145 691	0	0	143 949	145 691
26 607	26 927	0	0	26 927	0	0	26 607	26 927
0	0	0	0	0	114 243	115 686	114 243	115 686
64 484	65 258	0	0	65 258	0	0	64 484	65 258
0	0	1 152 363	1 166 191	1 166 191	921 138	954 036	2 073 501	2 120 227
202 282	204 709	0	0	204 709	134 515	156 975	336 797	361 684
0	0	0	0	0	0	92 000	0	92 000
104 166	105 416	0	0	105 416	0	0	104 166	105 416
0	0	8 968	9 076	9 076	0	0	8 968	9 076
0	0	18 543	18 766	18 766	0	0	18 543	18 766
0	0	237 678	240 530	240 530	0	0	237 678	240 530

# Dossier	Organisme	Typologie
03-06216	Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03 (ROP 03)	Activité spécifique
03-02136	Regroupement des personnes handicapées visuelles (régions 03-12)	Aide et entraide
03-06041	Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec inc.	Activité spécifique
03-06152	Regroupement pour l'intégration sociale de Charlevoix	Aide et entraide
03-00210	Relais d'Espérance	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06158	Relais la Chaumine inc.	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-00091	Relevailles Québec	Aide et entraide
03-06368	Réseau d'accueil des agents et agentes de la paix (La Vigile)	Autre financement
03-06161	Résidence Le Portail	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06393	Résidences Roc-Amadour	Autre financement
03-06403	Ressource Espace familles	Aide et entraide
03-02418	Ressource Génésis Charlevoix inc.	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06331	Ressources familiales La Vieille caserne de Montmorency	Aide et entraide
03-06160	Ruche Vanier inc. (La)	Aide et entraide
03-06255	SAIRAH Service d'autonomisation, d'intégration et de réadaptation aux adultes ayant un handicap inc.	Aide et entraide
03-06350	Service alimentaire et d'aide budgétaire de Charlevoix-Est	Autre financement
03-05187	Service Amical Basse-Ville inc.	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-06200	Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (S.A.A.I.)	Aide et entraide
03-05195	Service d'entraide Basse-Ville inc.	Activité spécifique
03-05115	Service d'entraide communautaire Rayon de Soleil	Aide et entraide
03-06169	Service d'entraide l'Espoir (Québec)	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-05186	Service d'entraide Rocamadour	Activité spécifique
03-06373	Service familial d'accompagnement supervisé	Aide et entraide
03-06275	Service pour hommes impulsifs et colériques de Charlevoix	Aide et entraide
03-06164	Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	Activité spécifique
03-06242	Services de main-d'oeuvre L'Appui inc.	Milieux de vie et de soutien dans la communauté
03-02035	Sexplique	Organismes de sensibilisation, promotion et défense de droits
03-03101	Société Alzheimer de Québec (La)	Aide et entraide
03-03101-1	Société Alzheimer de Québec (La) - La Malbaie	Aide et entraide
03-06179	Société de Saint-Vincent de Paul de Québec (La)	Activité spécifique
03-06052	Société Grand Village inc. (La)	Activité spécifique
03-06093	Solidarité Familles Duberger - Les Saules	Milieux de vie et de soutien dans la communauté

Mission globale		Activités spécifiques		Total PSOC	Autres		Total tout financement	
2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
0	0	16 768	16 969	16 969	0	0	16 768	16 969
129 424	130 977	0	0	130 977	0	0	129 424	130 977
0	0	55 694	56 362	56 362	21 700	1 536	77 394	57 898
62 677	63 429	0	0	63 429	80 002	80 002	142 679	143 431
82 105	83 090	0	0	83 090	0	20 000	82 105	103 090
282 495	285 885	0	0	285 885	0	0	282 495	285 885
140 814	142 504	0	0	142 504	0	0	140 814	142 504
0	0	0	0	0	13 615	12 685	13 615	12 685
260 566	263 693	0	0	263 693	11 626	11 062	272 192	274 755
0	0	0	0	0	36 545	36 983	36 545	36 983
0	0	0	0	0	0	11 000	0	11 000
68 655	69 479	0	0	69 479	55 067	55 761	123 722	125 240
49 659	50 255	0	0	50 255	0	0	49 659	50 255
70 360	71 204	0	0	71 204	0	0	70 360	71 204
51 770	52 391	0	0	52 391	0	0	51 770	52 391
0	0	0	0	0	2 718	32 718	2 718	32 718
210 729	213 277	0	0	213 277	0	0	210 729	213 277
69 862	70 700	0	0	70 700	45 014	45 581	114 876	116 281
0	0	152 877	154 750	154 750	0	0	152 877	154 750
112 272	113 630	0	0	113 630	0	0	112 272	113 630
109 132	110 442	0	0	110 442	0	0	109 132	110 442
0	0	133 962	135 580	135 580	0	0	133 962	135 580
53 107	53 744	0	0	53 744	4 658	4 714	57 765	58 458
174 704	176 800	0	0	176 800	0	0	174 704	176 800
0	0	104 094	105 343	105 343	0	50 000	104 094	155 343
0	0	0	0	0	117 058	118 463	117 058	118 463
107 601	108 892	0	0	108 892	0	0	107 601	108 892
94 884	96 096	0	0	96 096	0	0	94 884	96 096
45 859	46 409	0	0	46 409	0	0	45 859	46 409
0	0	40 751	41 240	41 240	0	0	40 751	41 240
0	0	9 742	9 859	9 859	0	0	9 742	9 859
59 309	60 021	0	0	60 021	8 300	18 000	67 609	78 021

# Dossier	Organisme	Typologie
03-00212	S.O.S. Grossesse	Aide et entraide
03-06236	SQUAT Basse-Ville	Organismes d'hébergement
03-06248	Table Carrefour violence conjugale Québec-Métro	Autre financement
03-06246	Table de concertation en Violence conjugale et Familiale de Portneuf	Autre financement
03-01872	Tel-Aide Québec inc.	Aide et entraide
03-06068	Trame d'actions et d'initiatives concertées (T.R.A.I.C.) jeunesse	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06004	TRIP Jeunesse Beauport	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-01536	Unité Domrémy de Clermont inc.	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-06238	Verger (Le), centre communautaire en santé mentale	Aide et entraide
03-06406	Villa Ignatia	Autre financement
03-02409	Violence Info	Organismes de sensibilisation, promotion et défense de droits
03-00140	Viol-Secours	Milieus de vie et de soutien dans la communauté
03-00016	Vision d'Espoir de Sobriété	Milieus de vie et de soutien dans la communauté

TOTAL

Gestion de la reddition de compte des organismes financés par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)

Les organismes communautaires financés dans le cadre du PSOC doivent déposer leurs documents de reddition de comptes dans les trois mois suivant la fin de leur année financière. Ces documents doivent s'inscrire en conformité avec le guide La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale. Les documents exigés sont les suivants :

- Un rapport financier ayant le niveau de vérification comptable adéquat. Ce document doit avoir été présenté en assemblée générale annuelle ;
- Un rapport d'activité détaillé également présenté en assemblée générale annuelle ;
- Les documents pertinents liés à la tenue de l'assemblée générale annuelle (avis de convocation, ordre du jour et procès-verbal).

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a une démarche de suivi rigoureuse en lien avec le dépôt de la reddition de compte comprenant :

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

L'analyse de la reddition de compte des organismes financés par le PSOC, de même que pour les autres modes de financement, se fait par une collaboration entre l'équipe de soutien aux organismes communautaires et les directions impliquées dans chacun des dossiers concernés.

L'ensemble des autres financements octroyés aux organismes communautaires répertoriés est compilé à titre indicatif dans la colonne « autres ». Il est toutefois important de préciser que celle-ci nécessite une mise à jour constante et qu'il est possible qu'on y retrouve des écarts d'une année à l'autre.

Mission globale		Activités spécifiques		Total PSOC	Autres		Total tout financement	
2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
69 477	70 311	0	0	70 311	0	0	69 477	70 311
225 691	228 399	0	0	228 399	0	0	225 691	228 399
0	0	0	0	0	9 661	22 017	9 661	22 017
0	0	0	0	0	7 015	0	7 015	0
133 144	134 742	0	0	134 742	0	0	133 144	134 742
149 769	151 566	0	0	151 566	0	0	149 769	151 566
84 218	85 229	0	0	85 229	0	0	84 218	85 229
51 770	52 391	0	0	52 391	0	0	51 770	52 391
109 071	110 380	0	0	110 380	66 377	67 174	175 448	177 554
0	0	0	0	0	27 421	26 124	27 421	26 124
191 632	193 932	0	0	193 932	0	0	191 632	193 932
376 084	380 597	0	0	380 597	72 351	73 219	448 435	453 816
99 127	100 317	0	0	100 317	56 226	56 284	155 353	156 601
34 960 050	35 441 616	6 495 771	6 551 717	41 993 333	8 547 043	9 209 334	50 002 864	51 202 667

ANNEXE I : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

<p>CONSULTATIONS</p> <p><input type="checkbox"/> Conseil des infirmières et infirmiers :</p> <p><input type="checkbox"/> Conseil multidisciplinaire :</p> <p><input type="checkbox"/> Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens :</p>	<p><input type="checkbox"/> Cadres :</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Comité de gouvernance et d'éthique</p>
---	---

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	3
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	6
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	9
Section 4 — APPLICATION.....	10
Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	16
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	17
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	18
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	19
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	20
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	21
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	22

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de 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 proscrit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la

vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques 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 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

ANNEXE II : LES SOMMES REÇUES PAR DONS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS

Précision no 3 aux É/F - partie 2-Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DONS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LSSSS)

		Revenus reportés au début 1	Ajustements à la colonne 1 2	Sommes allouées dans l'exercice 3	Revenus inscrits dans l'exercice 4	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4) 5	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5) 6	Notes
CONTRIBUTIONS DE TIERS:								
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX	46 812	46 812	XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:								
CSSSC - Fondation HLM, HBSP, Carmel Roy, AEE	2	2 183 621		109 387	363 689	1 929 319	254 302	
CSSSC - Club optimiste	3	506				506	0	
IRDPO - Fondation Elan	4	172 898	(2 457)	36 052	34 905	171 588	(1 147)	29
IUSMQ - Fondation Robert Giffard	5	44 258	(44 258)			0	0	30
IUSMQ - CPNSSS	6	547 413			21 915	525 498	21 915	
IUSMQ - Caisse Pop. Vieux Moulin	7	3 314			349	2 965	349	
IUSMQ - Université Laval	8	1 446 351			156 153	1 290 198	156 153	
IUSMQ - CRUV	9	38 230			1 124	37 106	1 124	
IUSMQ - Fondation IUSMQ	10	641 815			27 214	614 601	27 214	
IUSMQ - INSPQ	11	4 159			166	3 993	166	
IUSMQ - Secours de la Charité de Québec	12	173 003			8 066	164 937	8 066	
IUSMQ - Fondation Canadienne Innovation	13	362 071			48 233	313 838	48 233	
IUSMQ - Fonds de recherche IUSMQ	14	2 054 583			210 690	1 843 893	210 690	
IUSMQ - FRSQ	15	7 339			863	6 476	863	
IUSMQ - CHA	16	141 344			5 654	135 690	5 654	
IUSMQ - GAZ METRO	17	210 000			8 750	201 250	8 750	
IUSMQ - HOFFMAN LAROCHE	18	17 798			1 695	16 103	1 695	
IUSMQ - CPE CLE DE SOL	19	225 616			7 521	218 095	7 521	
IUSMQ - CTRE SPIRITUALITÉ CAP-NATIONALE	20	2 114			85	2 029	85	
IUSMQ - REVENUS REPORTÉS COUP DE POUCE AUX AINÉES	21	672	(672)			0	0	31
IUSMQ - CHU de Québec	22	301 721			11 080	290 641	11 080	
JHSB - Destinations spéciales	23	1 400 744	(185)	3 600	89 016	1 315 143	85 416	32
...	24							
Autres (préciser P297)	25	21 921			6 905	15 016	6 905	
TOTAL (L.01 à L.25)	26	10 001 491	(47 572)	195 851	1 050 885	9 098 885	855 034	
DOTATIONS								
Capital	27							
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX	
Revenus réservés accumulés:								
IUSMQ - ACTIVITÉS STATIONNEMENT	29	90 000	(90 000)			0	0	33
...	30							
...	31							
...	32							
...	33							
Autres (préciser P297)	34	450 654			73 586	377 068	73 586	
TOTAL (L.27 à L.34)	35	540 654	(90 000)		73 586	377 068	73 586	
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	10 542 145	(137 572)	195 851	1 124 471	9 475 953	928 620	
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:								
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37	195 687	(137 701)	50 412	64 686	43 712	14 274	
Fds Exploitation - ACT.ACCES.(P291)	38							
Fonds Immobilisations (P294)	39	10 346 458	129	145 439	1 059 785	9 432 241	914 346	
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	10 542 145	(137 572)	195 851	1 124 471	9 475 953	928 620	

ANNEXE III : LES NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ÉTATS FINANCIERS

CIUSSS de la Capitale-Nationale

1104-5135

270-00 /

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

1. CONSTITUTION ET MISSION

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (ci-après désigné par l'Établissement, est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) le 1^{er} avril 2015.

Malgré la fusion, l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, établissement regroupé au CIUSSS de la Capitale-Nationale quant à lui continue d'exister au sens juridique et préserve son entité légale. De plus, l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's a un statut de corporation propriétaire sur ses actifs et passifs immobiliers. Précisons que, le même conseil d'administration régit l'Hôpital et le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale a pour mandat :

- D'être au cœur d'un réseau territorial de services (RTS);
- D'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- D'assumer une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- De veiller à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CH, CLSC, CHSLD, CPEJ, CR), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- De conclure des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.)

L'établissement est responsable de plus de deux cent installations réparties sur un territoire couvrant les régions de Portneuf, Charlevoix et de Québec.

Le siège social de l'Établissement est situé à l'adresse suivante :
2915, avenue du Bourg-Royal, 3^e étage
Québec (Québec) G1C 3S2

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'Établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public à l'exception de :

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2017.1.0

Révisée: 2009-2010

Timbre valideur: 2017-06-12 15:26:40

Rapport V 1.0

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.
- 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

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'Établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

- Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour les éléments mentionnés ci-haut.

b. Incertitude relative à la mesure

La préparation du rapport financier AS-471 requiert que la direction de l'Établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'Établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les réclamations ainsi que les coûts de réhabilitation et de gestion du passif au titre des sites contaminés.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

c. État des gains et pertes de réévaluation

Les chapitres SP 1201 Présentation des états financiers et SP 3450 Instruments financiers du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public requiert la présentation d'un état des gains et pertes de réévaluation lorsque l'entité qui présente les états financiers détient des instruments financiers évalués à leur juste valeur ou libellés en devises étrangères. Le format du rapport financier annuel AS-471, prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 295 de la LSSSS (RLRQ, chapitre S-4.2), n'inclut pas cet état financier puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 relativement à l'acquisition d'actions d'une personne morale.

Considérant que l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères, la présentation de l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas jugée requise dans le

présent rapport financier annuel AS-471.

d. Comptabilité d'exercice

L'Établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

e. Périmètre comptable et méthodes de consolidation

Le périmètre comptable inclut toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie. Le contrôle est la capacité d'orienter les politiques financières et administratives d'une entité de manière à ce que ses activités lui procurent les avantages attendus ou l'exposent à un risque de perte.

Les états financiers comprennent donc tous les comptes des entités contrôlées par l'Établissement qui sont consolidées ligne par ligne, excepté celles qui sont des entreprises publiques qui sont plutôt comptabilisées selon la méthode modifiée de la comptabilisation à la valeur de consolidation.

f. Revenus de subventions

Les subventions provenant du gouvernement du Québec ou de tout autre gouvernement, ou d'organismes inclus dans leur périmètre comptable, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'Établissement doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'Établissement réalisées à la date des états financiers qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement du Québec, que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement votés annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme exigé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01).

g. Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers comprennent notamment les sommes exigibles pour l'hébergement d'usagers dans une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné ou qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire d'un établissement public ou par une ressource de type familial, selon les tarifs établis par règlement.

Ils incluent également les montants imposés à des usagers ayant un statut de résidents du Québec, à des non-résidents du Québec, à des non-résidents du Canada et à de tiers responsables pour des services rendus à des usagers en vertu de lois du Québec, du Canada ou de tout autre gouvernement, pour des soins ou des services qui ne sont pas de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28) ou de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (chapitre S-4.2), ainsi que les montants payable par un bénéficiaire résident recevant des soins de courte durée pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privé selon les tarifs exigibles en vertu de l'article 10 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28, r.1).

Ces revenus sont constatés au moment de la prestation de services et sont diminués des déductions, exonérations et exemptions accordées à certains de ceux-ci.

h. Ventes de services et recouvrements

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités.

Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

i. Donations

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales sans condition rattachée ou sous condition expresse de doter l'Établissement d'un capital à préserver pour une période indéterminée sont comptabilisées aux revenus de l'exercice.

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales à des fins de dotation de durée déterminée ou à des fins spécifiques sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatés aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

L'excédent de la somme reçue sur les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité prescrits à l'entente est inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde à d'autres fins, le cas échéant. Si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

j. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

k. Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

l. Instruments financiers

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois suivants la date d'acquisition et les placements facilement convertibles à court terme en un montant connu de trésorerie et dont la valeur ne risque pas de changer de façon importante.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

iv. Crédoiteurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux crédoiteurs et autres charges à payer.

v. Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

m. Passif au titre des sites contaminés

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées :

La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse;

L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il en accepte la responsabilité;

Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés;

Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'Établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT) pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2017-2018. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Pour les terrains contaminés non répertoriés au 31 mars 2011, l'Établissement comptabilise un passif au titre des sites contaminés, ainsi qu'une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, après avoir préalablement obtenu l'autorisation de celui-ci.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

n. Passif au titre des avantages sociaux futurs

Le passif au titre des avantages sociaux futurs comprend principalement les obligations découlant de l'assurance salaire, les congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux.

i. Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'aide de la moyenne des données de paie pour chacune des dernières trois années financières de l'établissement.

Elles sont estimées à l'aide de la méthode par période de paie qui tient compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, la durée par dossier.

Cette méthode requiert l'utilisation de l'hypothèse que l'assurance salaire évoluera au cours des trois années financière à venir selon les tendances passées.

Ces obligations ne sont pas actualisées.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie-années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les employés de l'Établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) et au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interemployeurs administrés par Retraite Québec sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'Établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

v. *Droit parentaux*

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

o. Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles. Les immobilisations reçues gratuitement ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur lorsqu'elles proviennent de tiers, ou à leur valeur comptable nette si elles proviennent d'une partie apparentée, avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain. Les revenus reportés sont virés graduellement aux résultats, selon la même méthode et la même durée que l'amortissement de l'immobilisation.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Améliorations locatives :	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	10 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	5 et 10 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans
Location-acquisition :	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

Les immobilisations pour lesquelles une réduction permanente de leur potentiel de services ou de leurs avantages économiques futurs est constatée font l'objet d'une moins-value. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est constatée par la suite. De même, la valeur d'une immobilisation qui n'est plus utilisée ou qui est mise hors service est radiée ou ramenée à sa valeur résiduelle, le cas échéant.

Les biens incorporels, tels que les brevets, les droits d'auteur, les Œuvres d'art autres que celles qui sont incorporées à un bâtiment ou à un aménagement en vertu de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement des bâtiments et des sites gouvernementaux et publics, lesquels sont capitalisés au coût du bâtiment, ne sont pas constatés dans les présents états financiers puisque leurs avantages économiques futurs ne peuvent être quantifiés de façon raisonnable et vérifiable selon les méthodes existantes. Leurs coûts sont plutôt imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont encourus.

Les immobilisations et leurs opérations connexes sont présentées au fonds d'immobilisations.

p. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant la fin de l'exercice financier pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers suivants. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

q. Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils comprennent notamment les médicaments, les produits sanguins, les fournitures médicales et chirurgicales et les denrées alimentaires. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

r. Autres méthodes

i. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'Établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations et au passif au titre des sites contaminés. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers du fonds concerné.

ii. Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

iii. Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

iv. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

v. Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

vi. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'Établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- **Activités principales** : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'Établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

- **Activités accessoires** : elles comprennent les services que l'Établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- **Activités accessoires complémentaires** : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'Établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- **Activités accessoires de type commercial** : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

vii. Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'Établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

viii. Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

3. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001) l'Établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice, ni au fonds d'exploitation, ni au fonds d'immobilisation.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2017, l'Établissement a respecté cette obligation légale.

4. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) des pages 200 et 206 du RFA AS-471 respectivement, sont préparées selon les mêmes méthodes

comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 14 juin 2016, à l'aide du formulaire Budget détaillé RR-446. Les mesures de redressement adoptées par le conseil d'administration et approuvées par le Ministre pour atteindre l'équilibre budgétaire et figurant au Sommaire des données financières – État des résultats prévisionnels de la page 100-01 du formulaire budgétaire sont réparties entre les revenus et les charges de l'état des résultats et sont présentées ci-après :

	Budget initial approuvé par le CA et figurant RR-446 Budget détaillé	Répartition des impacts des mesures de redressement	Budget initial approuvé par le CA après répartition des impacts des mesures de redressement et figurant à l'état des résultats
REVENUS	1 302 346 320	0	1 302 346 320
CHARGES			
Salaires	867 881 316	(2 553 558)	865 327 758
Fournitures médicales et chirurg.	12 889 024	(181 995)	12 707 029
Denrées alimentaires	12 923 720	(232 100)	12 691 620
Autres charges	418 616 913	0	418 619 913
Total	1 312 313 973	(2 967 653)	1 309 346 320
SOUS-TOTAL	(9 967 653)	(2 967 653)	XXXXXX
Total des mesures de redressement	2 967 653	XXXXXX	XXXXXX
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(7 000 000)	XXXXXX	(7 000 000)

Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice :

	Budget initial	Impacts monétaires des modifications	Budget final
Liste des modifications au budget			
Revenus reportés	7 046 485	22 924 705	29 971 190
Mesures salariales	6 212 296	9 797 043	16 009 339
Développements en cours d'exercice	0	3 355 039	3 355 039
Loyers SQI	15 532 705	1 044 043	16 576 748

5. INSTRUMENTS FINANCIERS ÉVALUÉS À LA JUSTE VALEUR

a. Impacts sur les états financiers

L'évaluation à la juste valeur est sans effet important sur les données financières. Par conséquent, l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas présenté.

b. Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors

que les Normes comptables canadiennes pour le secteur public préconisent l'application de la méthode du taux effectif.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

6. PLACEMENTS TEMPORAIRES

La nature des placements temporaires des parties non apparentées ainsi que des entreprises du gouvernement, leur coût, les dates d'échéance maximale moyenne, les taux de rendement effectifs moyens pondérés, ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631 du rapport financier annuel AS-471.

L'Établissement ne détient aucun placement temporaire de parties apparentées.

7. EMPRUNTS TEMPORAIRES

Les conditions des emprunts temporaires contractés auprès de parties apparentées sont présentées à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

L'Établissement a également contracté des emprunts temporaires conclus avec des parties apparentées, dont les principales conditions sont : les montants maximums autorisés correspondent aux montants autorisés par le PCFI, PCEM et PCENM; les taux d'intérêts correspondent à la moyenne des taux des acceptations bancaires canadiennes pour un mois majoré de 0.05%; le taux s'est situé entre 0.916% et 1.003% pour l'exercice 2016-2017; ces derniers comprennent des intérêts capitalisés et des intérêts non-capitalisables remboursés par le MSSS; l'échéance est à court terme et est entièrement financé ou remboursé par le MSSS; la partie inutilisée est reportée à l'exercice suivant.

8. DETTES À LONG TERME

Les conditions des dettes à long terme contractées auprès de parties apparentées sont présentées à la page 634 du rapport financier annuel AS-471.

L'Établissement a également contracté des dettes à long terme auprès de parties apparentées, dont les principales conditions sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 16 755 643 \$, au taux effectif de 2,3352 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 826 315 \$, échéant en 2018. IUSMQ billet B21	14 276 897 \$	15 103 012 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 16 564 889 \$, au taux effectif de 3,0580 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant	15 239 698 \$	15 902 294 \$

	Exercice courant	Exercice précédent
de 662 596 \$, échéant en 2024. IUSMQ billet B22		
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 686 701 \$, au taux effectif de 2,2144 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 124 058 \$, échéant en 2018. CSSS Portneuf billet B13	2 314 525 \$	2 438 584 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 134 555 \$, au taux effectif de 3,1770 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 117 301 \$, échéant en 2024. CSSS Portneuf billet B14	1 899 953 \$	2 017 254 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 547 872 \$, au taux effectif de 2,9440 %, garanti par le gouvernement, annuellement au montant de 101 915 \$, échéant en 2024. CSSS Portneuf billet B15	2 344 042 \$	2 445 957 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 11 517 623 \$, au taux effectif de 2 2169 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 556 556 \$, échéant en 2019. IRDPQ billet B16	9 847 956 \$	10 404 511 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 269 351 \$, au taux effectif de 2,9960 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 90 774 \$, échéant en 2025. IRDPQ billet B17	2 087 803 \$	2 178 577 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 8 049 736 \$, au taux effectif de 2,2500 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 358 860 \$, échéant en 2018. CSSS Charlevoix billet B11	6 973 157 \$	7 332 017 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 115 368 \$, au taux effectif de 2,0810 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 57 410 \$, échéant en 2018. CRDIQ billet B4	943 137 \$	1 000 548 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 015 853 \$, au taux effectif de 2,9440 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 40 634 \$, échéant en 2024. CRDIQ billet B5	934 585 \$	975 219 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 13 146 608 \$, au taux effectif de 2,3306 %, garanti par le gouvernement, annuellement au montant de 666 400 \$, échéant en 2018. CSSS Québec-Nord billet B12	11 417 608 \$	12 084 008 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 3 328 107 \$, au taux effectif de 2,1413 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 204 393 \$, échéant en 2019. CSSS Québec-Nord billet B13	2 919 320 \$	3 123 713 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 248 894 \$, au taux effectif de 2,9960 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 89 956 \$, échéant en 2024. CSSS Québec-Nord billet B14	2 068 983 \$	2 158 939 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 872 150 \$, au taux effectif de 2,9040 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 159 564 \$, échéant en 2024. CSSS Québec-Nord billet B15	2 553 022 \$	2 712 586 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 5 208 090 \$, au taux effectif de 2,0789 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 247 251 \$, échéant en 2018. Centre jeunesse billet B10	4 465 525 \$	4 713 047 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 4 334 485 \$, au taux effectif de 2,9440 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 250 402 \$, échéant en 2024. Centre jeunesse billet B11	3 833 680 \$	4 084 082 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014,	724 955 \$	770 264 \$

	Exercice courant	Exercice précédent
d'une valeur nominale de 815 574 \$, au taux effectif de 2,9040 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 45 310 \$, échéant en 2024. Centre jeunesse billet B12		
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 716 809 \$, au taux effectif de 2,1268 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 117 191 \$, échéant en 2018. JHSBH billet B8	1 365 234 \$	1 482 426 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 11 005 895 \$, au taux effectif de 2,3306 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 493 923 \$, échéant en 2018. CSSS Vieille-Capitale billet B17	9 524 127 \$	10 018 050 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 7 604 379 \$, au taux effectif de 2,4780 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 304 175 \$, échéant en 2026. CSSS Vieille-Capitale billet B18	6 996 028 \$	7 300 204 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 193 455 \$, au taux effectif de 2,6660 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 149 182 \$, échéant en 2023. CSSS Vieille-Capitale billet B19	895 091 \$	1 044 273 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 518 535 \$, au taux effectif de 2,1351 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 124 006 \$, échéant en 2018. ASSS billet B29	2 146 518 \$	2 270 524 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 8 513 408 \$, au taux effectif de 2,1351 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 1 380 200 \$, échéant en 2018. ASSS billet B30	4 372 807 \$	5 753 007 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 10 923 996 \$, au taux effectif de 1,9910 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 821 815 \$, échéant en 2018. ASSS billet B31	8 458 550 \$	9 280 365 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2,7820 \$, au taux effectif de 2,7820 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 94 531 \$, échéant en 2021. ASSS billet B32	378 123 \$	472 653 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 999 664 \$, au taux effectif de 3,2710 %, garanti par le gouvernement, remboursable par annuellement au montant de 105 245 \$, échéant en 2024. ASSS billet B33	1 789 173 \$	1 894 418 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 7 813 205 \$, au taux effectif de 1,6960 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 1 843 507 \$, échéant en 2018. ASSS billet B34	4 126 191 \$	5 969 698 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 6 834 774 \$, au taux effectif de 1,2060 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 674 939 \$, échéant en 2020. IUSMQ billet B23	5 484 896 \$	6 159 835 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 3 511 390 \$, au taux effectif de 2,9440 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 140 456 \$, échéant en 2024. JHSBH billet B9	3 230 479 \$	3 370 935 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 1 142 712 \$, au taux effectif de 2,8790 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 126 968 \$, échéant en 2024. JHSBH billet B10	888 776 \$	1 015 744 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 3 911 864 \$, au taux effectif de 2,9040 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant	3 424 264 \$	3 668 064 \$

	Exercice courant	Exercice précédent
de 243 800 \$, échéant en 2024. JHSBH billet B11		
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 4 417 745 \$, au taux effectif de 2,9040 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 275 635 \$, échéant en 2024. CSSS Vieille-Capitale billet B20	3 886 475 \$	4 142 110 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 12 897 935 \$, au taux effectif de 2,4780 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 515 917 \$, échéant en 2026. IUSMQ billet B24	12 382 018 \$	12 897 935 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 6 612 104 \$, au taux effectif de 2,4780 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 341 730 \$, échéant en 2016. IRDPQ billet B18	6 270 374 \$	6 612 104 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 14 851 656\$, au taux effectif de 2,4780 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 610 641 \$, échéant en 2026. CSSS Charlevoix billet B12	14 241 016 \$	14 842 656 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 2 340 250 \$, au taux effectif de 2,3112 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 93 610 \$, échéant en 2025. CRDIQ billet B6	2 246 640 \$	2 340 250 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 4 112 367 \$, au taux effectif de 2,3112 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 164 495 \$, échéant en 2025. CSSS Québec-Nord billet B16	3 947 873 \$	4 112 367 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 1 258 763 \$, au taux effectif de 1,9336 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 50 651 \$, échéant en 2025. Centre jeunesse billet B13	1 208 413 \$	1 258 763 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 7 828 555 \$, au taux effectif de 2,4780 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 313 142 \$, échéant en 2026. JHSBH billet B12	7 515 413 \$	7 828 555 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 11 816 521 \$, au taux effectif de 2,4780 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 472 661 \$, échéant en 2026. CSSS Vieille-Capitale billet B21	11 343 860 \$	11 816 521 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 83 470 020 \$, au taux effectif de 1,9700 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 11 924 289 \$, échéant en 2023. ASSS billet B35	71 545 731 \$	83 470 020 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 497 371 \$, au taux effectif de 1,9336 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 19 895 \$, échéant en 2016. ASSS billet B36	477 476 \$	497 371 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 3 411 466 \$, au taux effectif de 2,164 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 179 551 \$, échéant en 2026. CSSS Québec-Nord billet B17	3 411 466 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 533 654 \$, au taux effectif de 2,164 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 28 087 \$, échéant en 2026. Centre jeunesse billet B14	533 654 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 3 817 896 \$, au taux effectif de 2,164 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 3 793 080 \$, échéant en 2026. IRDPQ billet B19	3 817 896 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016,	825 215 \$	-

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

	Exercice courant	Exercice précédent
d'une valeur nominale de 825 215 \$, au taux effectif de 2,164 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 58 944 \$, échéant en 2026. CSSS Charlevoix billet B13		
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 14 420 855 \$, au taux effectif de 2,164 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 807 418 \$, échéant en 2026. IUSMQ billet B25	14 420 855 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 3 676 709 \$, au taux effectif de 2,344 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 182 050 \$, échéant en 2026. CSSS Portneuf billet B16	3 676 709 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 993 675 \$, au taux effectif de 2,164 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 39 747 \$, échéant en 2026. CSSS Portneuf billet B17	993 675 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 458 599 \$, au taux effectif de 1,920 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 65 514 \$, échéant en 2023. CSSS Vieille-Capitale billet B22	458 599 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 927 367 \$, au taux effectif de 1,154 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 119 915 \$, échéant en 2020. CSSS Vieille-Capitale billet B23	927 367 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 12 301 948 \$, au taux effectif de 1,972 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 577 160 \$, échéant en 2026. CSSS vieille-Capitale billet B24	12 301 948 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 2 040 330 \$, au taux effectif de 1,972 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 81 613 \$, échéant en 2026. CSSS Québec-Nord billet B18	2 040 330 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 881 864 \$, au taux effectif de 1,972 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 35 275 \$, échéant en 2026. CRDQ billet B1	881 864 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 599 881 \$, au taux effectif de 2,011 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 23 995\$, échéant en 2026. Centre jeunesse billet B15	599 881 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 3 624 192 \$, au taux effectif de 1,111 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 1 217 279 \$, échéant en 2019. ASSS billet B37	3 624 192 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 1 360 819 \$, au taux effectif de 1,972 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 71 622 \$, échéant en 2026. ASSS billet B38	1 360 819 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 25 247 206 \$, au taux effectif de 2,011 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 1 033 552 \$, échéant en 2026. IRDPQ billet B20	25 247 206 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 9 635 004 \$, au taux effectif de 1,972 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 482 681 \$, échéant en 2026. CSSS Charlevoix billet B14	9 635 004 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 3 551 580 \$, au taux effectif de 1,972 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant	3 551 580 \$	-

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

	Exercice courant	Exercice précédent
de 174 214 \$, échéant en 2026. CSSS Portneuf billet B18		
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 620 268 \$, au taux effectif de 1,972 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 32 646 \$, échéant en 2026. CRDIQ billet B7	620 268 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 10 133 559 \$, au taux effectif de 1,972 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 405 342 \$, échéant en 2026. IUSMQ billet B26	10 133 559 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 2 617 660 \$, au taux effectif de 1,972 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 127 269 \$, échéant en 2026. JHSBH billet B13	2 617 660 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2017, d'une valeur nominale de 7 987 874 \$, au taux effectif de 1,346 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 2 580 826 \$, échéant en 2020. ASSS billet B39	7 987 874 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2017, d'une valeur nominale de 12 023 263 \$, au taux effectif de 2,151 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 1 717 609 \$, échéant en 2023. ASSS billet B40	12 023 263 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2017, d'une valeur nominale de 1 014 000 \$, au taux effectif de 1,346 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 338 000 \$, échéant en 2020. CSSS Charlevoix billet B15	1 014 000 \$	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2017, d'une valeur nominale de 2 535 540 \$, au taux effectif de 1,788 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 507 108 \$, échéant en 2022. CSSS Portneuf billet B19	2 535 540 \$	-
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec à un taux variant de 1,7725 % à 9,82 %, garantie par le gouvernement, remboursables annuellement par versement de 1 097 754 \$, échéant entre 2016 et 2034.	12 302 439 \$	18 597 898 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2000, d'une valeur nominale de 1 310 500 \$, au taux effectif de 6,542 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 52 420 \$, échéant en 2023. CSSS Vieille-Capitale billet B3	471 780 \$	524 200 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2008, d'une valeur nominale de 3 088 124,95 \$, au taux effectif de 4,877 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 123 525 \$, échéant en 2033. CSSS Vieille-Capitale billet B6	2 099 925 \$	2 223 450 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 1 766 773,90 \$, au taux effectif de 3,1918 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 119 915 \$, échéant en 2016. CSSS Vieille-Capitale billet B8	-	1 047 282 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 412 252,35 \$, au taux effectif de 3,991 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 58 893 \$, échéant en 2017. CSSS Vieille-Capitale billet B9	58 893 \$	117 786 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 3 560 567,02 \$, au taux effectif de 5,09 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 142 423 \$, échéant en 2034. CSSS Vieille-Capitale billet B10	2 706 031 \$	2 848 454 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 8 862 684,37 \$, au taux effectif de 2,846 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 354 507 \$, échéant en 2016. CSSS Vieille-Capitale billet B11	-	7 090 148 \$

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2011, d'une valeur nominale de 502 336,47\$, au taux effectif de 3.484 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 71 762 \$, échéant en 2017. CSSS Vieille-Capitale billet B12	71 762\$	143 525\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 10 844 380,31\$, au taux effectif de 2.406 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 500 642 \$, échéant en 2018. CSSS Vieille-Capitale billet B13	8 341 171\$	8 841 813\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 4 220 883,70\$, au taux effectif de 2.664 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 292 028 \$, échéant en 2018. CSSS Vieille-Capitale billet B14	3 052 773\$	3 344 801\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 11 934 618,56\$, au taux effectif de 2.437 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 559 604 \$, échéant en 2019. CSSS Vieille-Capitale billet B15	9 696 201\$	10 255 805\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 413 710,69\$, au taux effectif de 2.437 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 59 102 \$, échéant en 2019. CSSS Vieille-Capitale billet B16	177 305\$	236 406\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2000, d'une valeur nominale de 255 184 473,86\$, au taux effectif variable, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement à un montant variant annuellement échéant en 2023. Agence billet C1	6 131 024\$	6 992 767\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 36 695 370,08\$, au taux effectif de 3.544 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 5 242 196 \$, échéant en 2016. Agence billet B18	-	5 242 196\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 18 359 382,12\$, au taux effectif de 3.544 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 2 188 323 \$, échéant en 2016. Agence billet B19	-	5 649 445\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 1 790 550,82\$, au taux effectif de 3.835 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 71 622 \$, échéant en 2016. Agence billet B20	-	1 432 441\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 7 799 314,64\$, au taux effectif de 3.835 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 557 094 \$, échéant en 2016. Agence billet B21	-	5 013 845\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2011, d'une valeur nominale de 1 085 795,80\$, au taux effectif de 3.594 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 43 432 \$, échéant en 2017. Agence billet B22	825 205\$	868 637\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2011, d'une valeur nominale de 648 647,96\$, au taux effectif de 3.594 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 92 664 \$, échéant en 2017. Agence billet B23	92 664\$	185 328\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 1 771 085,82\$, au taux effectif de 2.406 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 92 566 \$, échéant en 2018. Agence billet B24	1 308 254\$	1 400 820\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 755 654,84\$, au taux effectif de 2.406 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 107 951 \$, échéant en 2018. Agence billet B25	215 901\$	323 852\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 12 239 478,91\$, au taux effectif de 2.406 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 12 239 478,91\$, échéant en 2019. Agence billet B26	3 266 414\$	5 061 027\$

	Exercice courant	Exercice précédent
garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 1 794 613 \$, échéant en 2018. Agence billet B26		
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 15 822 899,16\$, au taux effectif de 2.664 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 2 653 485 \$, échéant en 2018. Agence billet B27	5 208 958\$	7 862 443\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 2 718 896,62\$, au taux effectif de 2.1298 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 151 698 \$, échéant en 2018. Agence billet B28	2 112 106\$	2 263 804\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2008, d'une valeur nominale de 4 559 364,33\$, au taux effectif de 4.958 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 182 375 \$, échéant en 2032. IUSMQ billet B12	2 917 993\$	3 100 368\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 4 483 311,70\$, au taux effectif de 5.09 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 179 332 \$, échéant en 2034. IUSMQ billet B15	3 407 317\$	3 586 649\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 19 265 360,62\$, au taux effectif de 2.741 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 807 418 \$, échéant en 2016. IUSMQ billet B16	-	15 228 273\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 15 675 339,92\$, au taux effectif de 2.406 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 693 980 \$, échéant en 2018. IUSMQ billet B17	12 205 442\$	12 899 421\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 5 825 716,39 \$, au taux effectif de 2.664 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 494 063 \$, échéant en 2018. IUSMQ billet B18	3 849 465\$	4 343 527\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 632 976,96 \$, au taux effectif de 2.463 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 90 425 \$, échéant en 2019. IUSMQ billet B19	271 276\$	361 701\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 14 816 067,96 \$, au taux effectif de 2.463 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 592 643 \$, échéant en 2019. IUSMQ billet B20	12 445 497\$	13 038 140\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 7 319 402,87 \$, au taux effectif de 3.544 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 505 041 \$, échéant en 2016. CSSS de Charlevoix billet B6	-	4 289 158\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 4 275 513,49 \$, au taux effectif de 2.817 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 170 021 \$, échéant en 2016. CSSS de Charlevoix billet B7	-	3 420 411\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 1 178 878,78 \$, au taux effectif de 2.820 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 58 944 \$, échéant en 2016. CSSS de Charlevoix billet B8	-	884 159\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2011, d'une valeur nominale de 9 222 434,27 \$, au taux effectif de 2.472 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 464 343 \$, échéant en 2017. CSSS de Charlevoix billet B9	6 900 719\$	7 365 062\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 4 747 079,28 \$, au taux effectif de 2.1298 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 240 947 \$, échéant en 2018. CSSS de Charlevoix billet	3 783 290\$	4 024 237\$

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

	Exercice courant	Exercice précédent
B10		
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 7 683 732,51 \$, au taux effectif de 3.835 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 600 957 \$, échéant en 2016. CSSS de Portneuf billet B8	-	4 678 949\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2011, d'une valeur nominale de 1 216 763,99 \$, au taux effectif de 3.594 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 48 671 \$, échéant en 2017. CSSS de Portneuf billet B9	924 741\$	973 411\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 1 154 969,39 \$, au taux effectif de 2.0744 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 46 199 \$, échéant en 2017. CSSS de Portneuf billet B10	970 174\$	1 016 373\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 2 277 986,02 \$, au taux effectif de 2.1421 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 91 119 \$, échéant en 2018. CSSS de Portneuf billet B11	1 913 508\$	2 004 628\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2013, d'une valeur nominale de 9 114 854,65 \$, au taux effectif de 2.1230 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 364 594 \$, échéant en 2018. CSSS de Portneuf billet B12	7 656 478\$	8 021 072\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 6 053 264,49 \$, au taux effectif de 3.1470 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 298 342 \$, échéant en 2016. IRDPQ billet B10	-	4 263 214\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 2 464 931,16 \$, au taux effectif de 2 8775 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 98 597 \$, échéant en 2016. IRDPQ billet B11	-	1 971 945\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2011, d'une valeur nominale de 402 957,94 \$, au taux effectif de 3.604 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 57 565 \$, échéant en 2017. IRDPQ billet B12	57 565\$	115 131\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2011, d'une valeur nominale de 6 217 150,89 \$, au taux effectif de 1.7725 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 100 700 \$, échéant en 2017. IRDPQ billet B13	1 309 100\$	1 409 800\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 1 812 599,97 \$, au taux effectif de 1.9068 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 248 686 \$, échéant en 2017. IRDPQ billet B14	4 973 721\$	5 222 407\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 5 782 270,15 \$, au taux effectif de 2.1030 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 231 291 \$, échéant en 2018. IRDPQ billet B15	4 857 107\$	5 088 398\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 2 379 288,14 \$, au taux effectif de 5.09 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 95 172 \$, échéant en 2034. Centre Jeunesse billet B6	1 808 259\$	1 903 430\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 702 176,54 \$, au taux effectif de 2.767 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 28 087 \$, échéant en 2016. Centre Jeunesse billet B7	-	561 741\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 1 196 256,68 \$, au taux effectif de 1.9068 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 53 927 \$, échéant en 2017. Centre Jeunesse billet B8	926 622\$	980 549\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2013,	1 406 140\$	1 473 099\$

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

	Exercice courant	Exercice précédent
d'une valeur nominale de 1 673 975,89 \$, au taux effectif de 2,123 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 66 959 \$, échéant en 2018. Centre Jeunesse billet B9		
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2006, d'une valeur nominale de 397 992\$, au taux des acceptations bancaires à un mois d'échéance plus 0,30%, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 18 952 \$, échéant en 2023. CRDIQ billet B1	170 568\$	189 520\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 816 142,27 \$, au taux effectif de 2,9099 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 32 646 \$, échéant en 2016. CRDIQ billet B2	-	652 914\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 899 776,36 \$, au taux effectif de 4,386 %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement au montant de 35 991 \$, échéant en 2035. CRDIQ billet B3	683 830\$	719 821\$
Obligations découlant de contrats de location-acquisition remboursables par versements mensuels de 1 424 \$ échéant en 2023	98 724 \$	115 818 \$
Emprunt à taux fixe 2,28 %, remboursable par mensualité de 10 362 \$.	1 444 719 \$	1 535 163 \$
Emprunt à taux fixe 2,28 %, remboursable par mensualité de 5 456 \$	760 703 \$	808 327 \$
Emprunt à taux fixe 2,87 %, remboursable par mensualité de 9 317 \$	0 \$	111 805 \$
Emprunt garantie par hypothèque remboursable par versements mensuels de 6 813 \$, au taux de 3,63 %	363 105 \$	430 334 \$
Emprunt garantie par hypothèque remboursable par versements mensuels de 3 790 \$, au taux de 3,43 %	0 \$	26 450 \$
Emprunt garantie par hypothèque remboursable par versements mensuels de 14 026 \$, au taux de 5,65 %	1 117 329 \$	1 219 326 \$
Total :	533 572 812 \$	514 575 363\$

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2017, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	\$
2017-2018	68 442 998
2018-2019	164 559 104
2019-2020	57 714 598
2020-2021	28 709 144
2021-2022	26 662 509
2022 et subséquents	187 484 459

9. PASSIF AU TITRE DES SITES CONTAMINÉS

L'Établissement est responsable de décontaminer un terrain qu'il a vendu en 2008 nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite d'un déversement d'huile à chauffage.

À cet égard, un montant de 268 750 \$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les

états financiers au 31 mars 2017 (268 750 \$ au 31 mars 2016). Ce montant est basé sur un plan de réhabilitation avec ingénierie détaillée.

L'Établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement du coût des travaux.

L'Établissement prévoit réaliser des travaux de 268 750 \$ au cours du prochain exercice.

10. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,75 %	1,5 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	90 441 886	97 770 598	93 563 999	94 648 485	90 441 886
Assurance salaire	13 437 253	30 566 704	31 485 250	12 518 707	13 437 253
Provision pour maladie	3 563 204	24 485 245	24 519 550	3 528 899	3 563 204
Droits parentaux	624 780	2 810 496	2 851 199	584 077	624 780
Allocation rétention hors-cadre	2 957	-	2 957	-	2 957
Total	108 070 080	155 633 043	152 422 955	111 280 168	108 070 080

11. GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX INSTRUMENTS FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'Établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments

financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

a. Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'Établissement au risque de crédit sont l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs ainsi que la subvention à recevoir- réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse	97 542 692	109 944 702
Placements temporaires	3 778 717	3 682 623
Débiteurs MSSS	39 817 649	62 576 512
Autres débiteurs	30 180 752	26 575 710
Subvention à recevoir- réforme comptable	334 684 372	353 865 863
Total	506 004 182	556 645 410

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'Établissements assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2017, ces actifs financiers étaient investis dans des dépôts à terme. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir -réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ, de la CSST, du gouvernement du Canada et des différentes fondations partenaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'Établissements assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir

d'entités gouvernementales représentaient 5 % pour le présent exercice et pour l'exercice antérieur 7 % du montant total recouvrable.

La chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	20 458 244	18 127 981
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	4 268 349	1 905 887
De 30 à 59 jours	1 698 398	1 729 703
De 60 à 89 jours	754 074	751 263
De 90 jours et plus	7 902 410	7 538 130
Sous-total	14 623 231	11 924 983
Provision pour créances douteuses	5 596 826	4 155 108
Sous-total	9 026 405	7 769 873
Total des autres débiteurs	29 484 649	25 897 856

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses :	4 155 109	3 318 748
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	1 879 285	1 172 421
Montants recouverts	437 568	336 060
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	5 596 826	4 155 109

L'Établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

De plus, l'article 269 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contributions autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faites à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2017, l'Établissement est conforme aux articles 265 et 269 de cette loi.

b. Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de

liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'Établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les crédettes MSSS, les autres crédettes et autres charges à payer et les dettes à long terme.

L'Établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit à taux flottant sans échéance prédéterminée. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les autres crédettes et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice. Les autres éléments de passif sont majoritairement un montant dû au fonds d'immobilisation pour un projet autofinancé d'économie d'énergie.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres crédettes sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	123 455 328	122 306 512
De 6 mois à 1 an :	-	-
De 1 à 3 ans :	-	-
De 3 à 5 ans :	-	-
De plus de 5 ans :	-	-
Total des autres crédettes	123 455 328	122 306 512

c. Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'établissement est exposé aux risques suivants

i. Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés.

Le risque de change est minime, car l'Établissement réalise très peu d'opérations en devises étrangères. Il ne gère donc pas activement ce risque.

ii. Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'Établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	191 646 204	186 261 997
Dettes à long terme	533 572 812	514 575 363

Du montant des emprunts temporaires totalisant 191 646 204 \$, un montant de 179 298 729 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0.05%. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Une somme de 12 347 475 \$, représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont au taux des acceptations bancaires de 1.18% incluant une prime de 0.30% conformément à l'entente avec l'institution financière, ils sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

L'Établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

iii. Autre risque de prix

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

L'Établissement n'est pas exposé à ce risque.

12. OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES APPARENTÉES

L'Établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'Établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

13. BIENS DÉTENUS EN FIDUCIE

La description des biens détenus en fiducie détenus et gérés par l'Établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

14. ÉVÈNEMENTS POSTÉRIEURS À LA DATE DES ÉTATS FINANCIERS

a. OPTILAB

Le projet « OPTILAB » entrant en application le 1er avril 2017 consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis dans les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts dans l'une des 11 grappes de laboratoires de biologie médicale créés à cet effet ayant pour but une offre de services concertée et complémentaire et un accroissement de l'efficacité globale du réseau. Ainsi, le 1er avril 2017, l'ensemble des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale des établissements sera intégré dans l'une des onze grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'Établissement a conclu avec le CHU de Québec – Université Laval une convention de cession d'exploitation d'activités de laboratoire qui prend effet à compter du 1er avril 2017 en vertu de laquelle il abandonne et cède en sa faveur l'exploitation complète des activités de laboratoire médical à compter de cette date. Il cède également tous les biens meubles et autres actifs servant à l'exploitation des activités cédées, ainsi que les droits, devoirs et obligations sur la partie du budget en cours à la date de la prise en charge des activités cédées. Il demeure responsable de toutes les dettes, obligations, responsabilités et de tout le passif se rapportant aux actifs et activités cédés qui auraient pris origine avant la date de la prise en charge des activités et seraient devenus exigibles à cette date.

L'incidence financière du transfert d'actifs sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

15. CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

DÉTAIL DES AFFECTATIONS DE SURPLUS CUMULÉS

Date d'autorisation (aaaa-mm-jj)	1		2		3		4		5		Notes
	Exercice courant Solde début	Exercice courant Affectations de l'exercice	Exercice courant Solde à la fin (C2+C3-C4)	Exercice courant Utilisations de l'exercice	Exercice courant Affectations de l'exercice	Exercice courant Solde à la fin (C2+C3-C4)	Exercice précédent Solde fin				
AFFECTATIONS D'ORIGINE EXTERNE											
Dotations dont le capital a une durée indéterminée	XXXX										
Autres (préciser)	XXXX										
AFFECTATIONS D'ORIGINE INTERNE											
- Projets de recherche terminés	XXXX		577 329			577 329				577 329	
- Revenus nets découlant de l'exploitation des infrastructures de recherche (plateforme)	XXXX		358 050			358 050				358 050	
- Activités de stationnement	XXXX	861 943		2 123 328						2 985 271	861 943
- Affectations par programmes-services au 1er avril 2015	XXXX	14 009 651		XXXX						14 009 651	14 009 651
- Autres (préciser à la P297)											
TOTAL (L.03 à L.07)	XXXX	14 871 594		3 068 707						17 930 301	14 871 594

L07: Autorisation du MSSS préalable pour l'utilisation de la ligne "Autres"

SUIVI DE L'UTILISATION DES AFFECTATIONS PAR PROGRAMMES-SERVICES
AU 1ER AVRIL 2015

	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2		3		4		5		Notes	
															Surplus cumulés affectés par prog.-serv. au début	Surplus cumulés affectés par prog.-serv. à la fin (C.2 + C.3 - C.4)	Surplus cumulés affectés par prog.-serv. au début	Surplus cumulés affectés par prog.-serv. à la fin (C.2 + C.3 - C.4)	Utilisation de l'exercice	Réaffectation des surplus cumulés	Utilisation de l'exercice	Surplus cumulés affectés par prog.-serv. à la fin (C.2 + C.3 - C.4)		
Santé publique																								
Services généraux (activités cliniques et d'aide)																1 549 344						1 549 344		
Soutien à l'autonomie des personnes âgées																1 969 380						1 969 380		
Déficience physique																666 177						666 177		
Déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme																3 264 144						3 264 144		
Jeunes en difficulté																246 088						246 088		
Dependances																3 759 896						3 759 896		
Santé mentale																								
Santé physique																								
Administration et soutien aux services																1 387 731						1 387 731		
Gestion des bâtiments et des équipements																								
Ressources informationnelles																218 821						218 821		
Fonds affectés de provenance nationale (P.289-02)																948 070						948 070		
Total des surplus cumulés affectés par programme-service (L.09 à L.21)																14 009 651						14 009 651		

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

Québec 