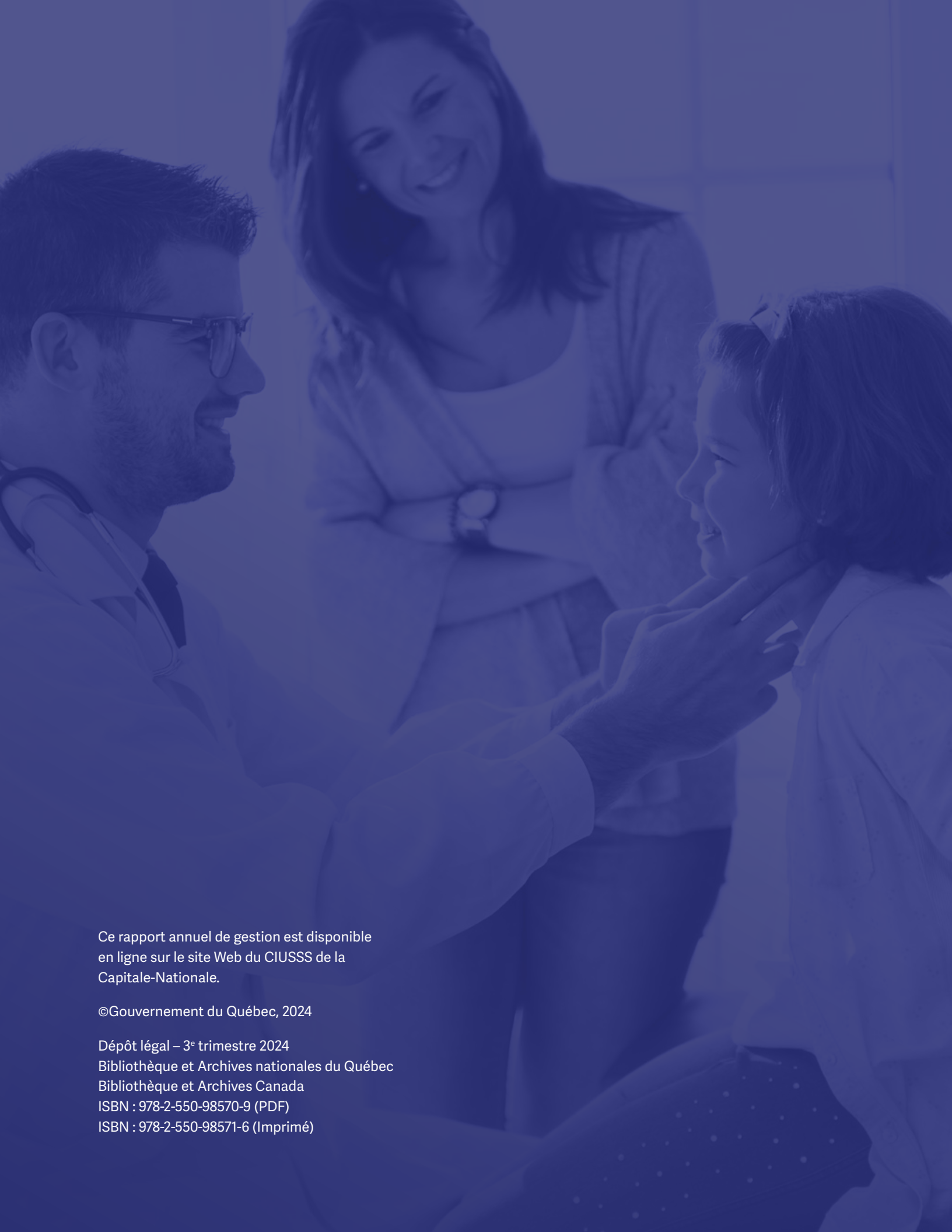


23

24

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

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



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

©Gouvernement du Québec, 2024

Dépôt légal – 3^e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-98570-9 (PDF)
ISBN : 978-2-550-98571-6 (Imprimé)

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2023-2024

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

TABLE DES MATIÈRES

1	LE MESSAGE DES AUTORITÉS	6		
2	LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ	9		
3	LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	10		
3.1	La présentation de l'établissement	10		
3.1.1	Organigramme	14		
3.2	Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	16		
3.2.1	Conseil d'administration (CA)	16		
3.2.2	Comités, conseils et instances consultatives	18		
3.3	Les faits saillants des directions	21		
3.3.1	Direction générale adjointe	21		
3.3.2	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU)	25		
3.3.3	Direction de la logistique (DL)	26		
3.3.4	Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)	26		
3.3.5	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)	27		
3.3.6	Direction de la recherche (DR)	29		
3.3.7	Direction de santé publique (DSPu)	32		
			3.3.8	Direction des affaires juridiques, institutionnelles et corporatives, et des communications (DAJICC) 33
			3.3.9	Direction des programmes Déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme, et Déficience physique (DDITSADP) 34
			3.3.10	Direction des programmes Santé mentale, Dépendances et Itinérance (DSMDI) 35
			3.3.11	Direction des ressources financières (DRF) 35
			3.3.12	Direction des ressources humaines (DRH) 36
			3.3.13	Direction des services multidisciplinaires (DSM) 37
			3.3.14	Direction des services professionnels (DSP) 38
			3.3.15	Direction des services techniques (DST) 39
			3.3.16	Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP) 39
			3.3.17	Direction du programme Jeunesse (DJ) 40
			3.3.18	Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) 41
			4	LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 43

5 LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	51	7.1 Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné	66
5.1 L'Agrément	51	7.2 La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public	67
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services	51	8 LES RESSOURCES FINANCIÈRES	68
5.2.1 Mesures de contrôle	53	8.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	68
5.2.2 Prévention et contrôle des infections	53	8.2 L'équilibre budgétaire	69
5.3 Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	55	8.3 Les contrats de service	69
5.4 Le Protecteur du citoyen	56	9 LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	70
5.5 Les recommandations du coroner	58	10 LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES	73
5.6 Les recommandations issues des autres instances	59	11 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	74
5.7 Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission	60	11.1 Les subventions aux organismes communautaires	74
5.8 L'examen des plaintes et la promotion des droits	61	11.2 Le programme de soutien aux organismes communautaires — Mission globale et Activités spécifiques	76
5.9 L'information et la consultation de la population	62	Annexe 1 Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	87
6 L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	63		
7 LES RESSOURCES HUMAINES	66		

LE MESSAGE DES AUTORITÉS

L'année 2023-2024 a été une période de préparation pour le Centre intégré universitaire en santé et services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, en prévision de changements qui marqueront la prochaine année. Au cœur de cette transformation se trouve le projet de loi n° 15 qui vise à optimiser notre système de santé et de services sociaux pour répondre efficacement aux besoins de notre population.

Nous avons ainsi conclu un cycle de gouvernance significatif s'étendant de 2015 à 2024, puisque nous nous préparons à intégrer Santé Québec, la société d'État qui aura la charge de coordonner les opérations du secteur de la santé québécois et qui sera l'employeur unique du réseau.

Dans l'élaboration de notre plan d'action stratégique 2024-2027, nous avons fait preuve de discernement afin d'effectuer des choix stratégiques. La mise en œuvre de mandats prioritaires a été une étape clé. Même pendant cette période de transition, notre mission demeure d'offrir aux usagers et à leurs proches des services de santé et sociaux de proximité, intégrés et accessibles, entre Portneuf, Québec et Charlevoix.

Durant l'année 2023-2024, nous avons maintenu, voire bonifié, notre offre et nos trajectoires de services, et ce, malgré une augmentation des demandes. Nous avons notamment étendu nos services en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DITSADP), en soins à domicile ainsi qu'en protection de la jeunesse (DPJ).

Des initiatives et des projets structurants

Parmi nos réalisations notables, citons la livraison de la première maison des aînés et maison alternative (MDA MA) de Sainte-Foy. Nous avons également réalisé plusieurs avancées face à la hausse de l'itinérance dans la région. Sous notre initiative, les rôles et responsabilités de nos partenaires en la matière ont été clarifiés, notre mandat de coordonnateur régional a été établi et nous avons adapté notre structure organisationnelle afin de mieux répondre aux défis actuels.

L'apport de nos partenaires externes a été inestimable, nous permettant de mener à bien notre mission.

L'instauration de nouvelles formes de collaboration avec nos partenaires a donné lieu à certains projets pilotes

novateurs, notamment celui de logements modulaires dans Charlevoix et de services de garde en milieu communautaire.

Au cours de l'année, nous avons également transformé nos centres de vaccination en points de service locaux, une démarche stratégique pour pérenniser notre offre de service.

Nos projets en cours, tels que le projet d'économie d'énergie garantie et le début du chantier de l'Hôpital de La Malbaie, témoignent de notre engagement continu envers l'amélioration et l'innovation.

Un record d'embauches

Notre leadership s'est illustré par notre préoccupation constante d'être un employeur de choix. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, nous sommes fiers de constater une amélioration de nos taux de rétention.

Aussi, nous avons procédé à un record d'embauches cette année, avec un total de 2 750. L'embauche de nombreux préposés aux bénéficiaires issus des cohortes de formations accélérées et du recrutement international s'est ajoutée aux autres efforts de recrutement. Ces

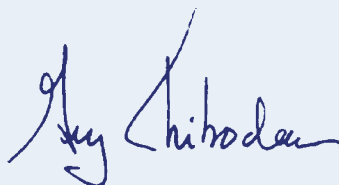
démarches ont permis de diminuer considérablement le recours au personnel d'agences privées et à la main-d'œuvre indépendante (MOI).

Enfin, pour l'ensemble de nos réalisations collectives, nous tenons à exprimer notre gratitude la plus sincère à tous nos employés. Leur dévouement et leur expertise sont le fondement de notre réussite.



Normand Julien

Président par intérim du conseil d'administration



Guy Thibodeau

Président-directeur général



Nous ne pouvons passer sous silence le départ à la retraite de Monique Carrière. Nous la remercions pour sa contribution inestimable en tant que présidente du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale et membre du conseil d'administration depuis 2015. Son apport a été significatif et marqué par son engagement à s'assurer de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins et services offerts par le CIUSSS. Son savoir-être et son savoir-faire ont été fort appréciés par ses pairs.

Guy Thibodeau
Président-directeur général

2

LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ

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

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2023-2024 du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2024.



Guy Thibodeau
Président-directeur général

LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS

3.1 LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

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

Son vaste territoire et sa population diversifiée

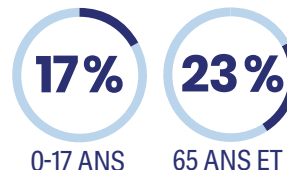
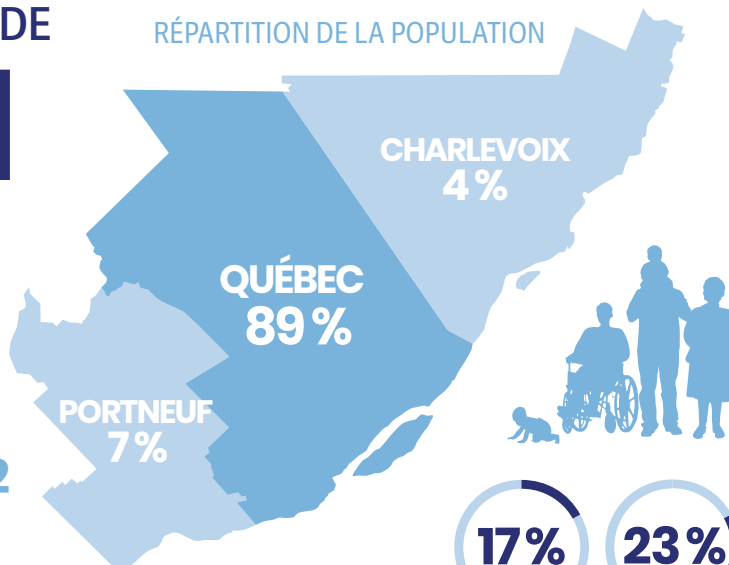
RÉPOND AUX BESOINS DE

771 611
CITOYENS

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

ENG **17 545** CITOYENS D'EXPRESSION ANGLAISE OU
AYANT L'ANGLAIS COMME LANGUE MATERNELLE

RÉPARTITION DE LA POPULATION



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

Sa mission

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

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

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale mobilise et coordonne les réseaux locaux afin de répondre aux besoins de sa population.

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

Sa vision

Être un leader reconnu pour l'excellence et l'accessibilité de ses soins et de ses services, 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 oeuvrent au CIUSSS de la Capitale-Nationale à s'impliquer au sein des équipes de travail et à y intégrer, à titre de membres à part entière, les usagers, leurs proches et les partenaires dans l'atteinte d'un but commun.

Responsabilisation

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

Audace

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

Ses caractéristiques

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale :

- est l'établissement qui compte le plus grand nombre d'employés (18 523) en santé et en services sociaux de la Capitale-Nationale;
- constitue un réseau d'excellence en soins et en services de santé, en services sociaux, en recherche et en enseignement tout en assurant la promotion et la protection de la santé publique;
- regroupe quatre centres de recherche et quatre instituts universitaires pour un total de 1 875 personnes engagées dans des projets de recherche;
- assure une gestion de plus de 4 845 stages dans 53 disciplines de niveaux secondaire, collégial et universitaire permettant de contribuer à l'embauche d'une relève compétente au sein du réseau de la santé et des services sociaux;
- collabore avec 12 fondations;
- est responsable de plus de 200 installations;
- offre des soins et des services à la communauté anglophone et à la population immigrante de son territoire;
- gère un budget annuel de fonctionnement de 2,3 G\$.

Son offre de services

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

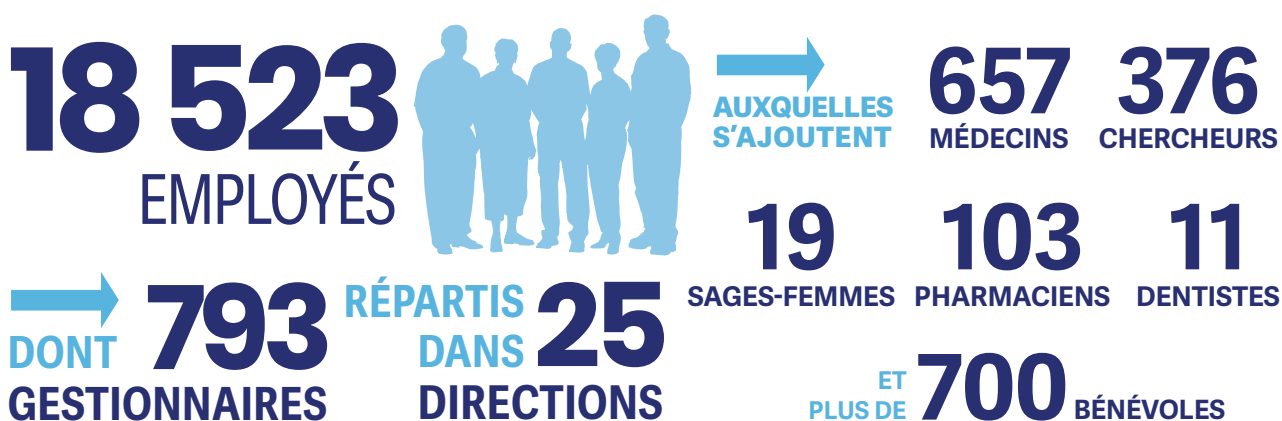
Pour connaître la gamme des services offerts, visitez le site Web du CIUSSS à ciusscn.ca.

Ses objectifs

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

Ses ressources humaines

Des personnes engagées et compétentes



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

Ses installations

+200 INSTALLATIONS



62 Centres d'activité de jour



23 Résidences à assistance continue (RAC) en déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme



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



1 Maison de naissance



1 Centre d'expertise sur l'adaptation aux communautés d'expression anglaise



1 Unité de réadaptation comportementale intensive (URCI)



1 Unité de traitement et de réadaptation intensive (UTRI)



29 Plateaux de travail



9 Ateliers de travail



9 Foyers de groupe



URGENCES

6

SANTÉ PHYSIQUE

Hôpital Chauveau
CLSC de Saint-Marc-des-Carières
Hôpital de Baie-Saint-Paul
Hôpital de La Malbaie
Hôpital de Sainte-Anne-de-Beaupré
Hôpital régional de Portneuf

4

INSTITUTS
UNIVERSITAIRES



CENTRES DE
RECHERCHE

4

2

PSYCHIATRIE

Hôpital de l'Enfant-Jésus
CHUL

1

URGENCE MINEURE

Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's



6 Centres hospitaliers



28 CLSC



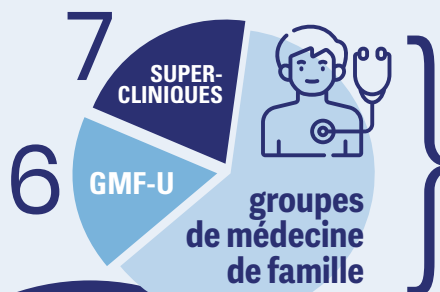
4 Centres de réadaptation



28 CHSLD



1 MDAA



34 GMF

1 Centre d'excellence sur le vieillissement

5 Cliniques externes en gériatrie

128 Résidences privées pour aînés (RPA)

752 RI+RTF

RESSOURCES
INTERMÉDIAIRES
ET
RESSOURCES DE
TYPE FAMILIAL



LITS

2 875 d'hébergement permanent

17 d'hébergement temporaire

70 d'hébergement temporaire en santé mentale

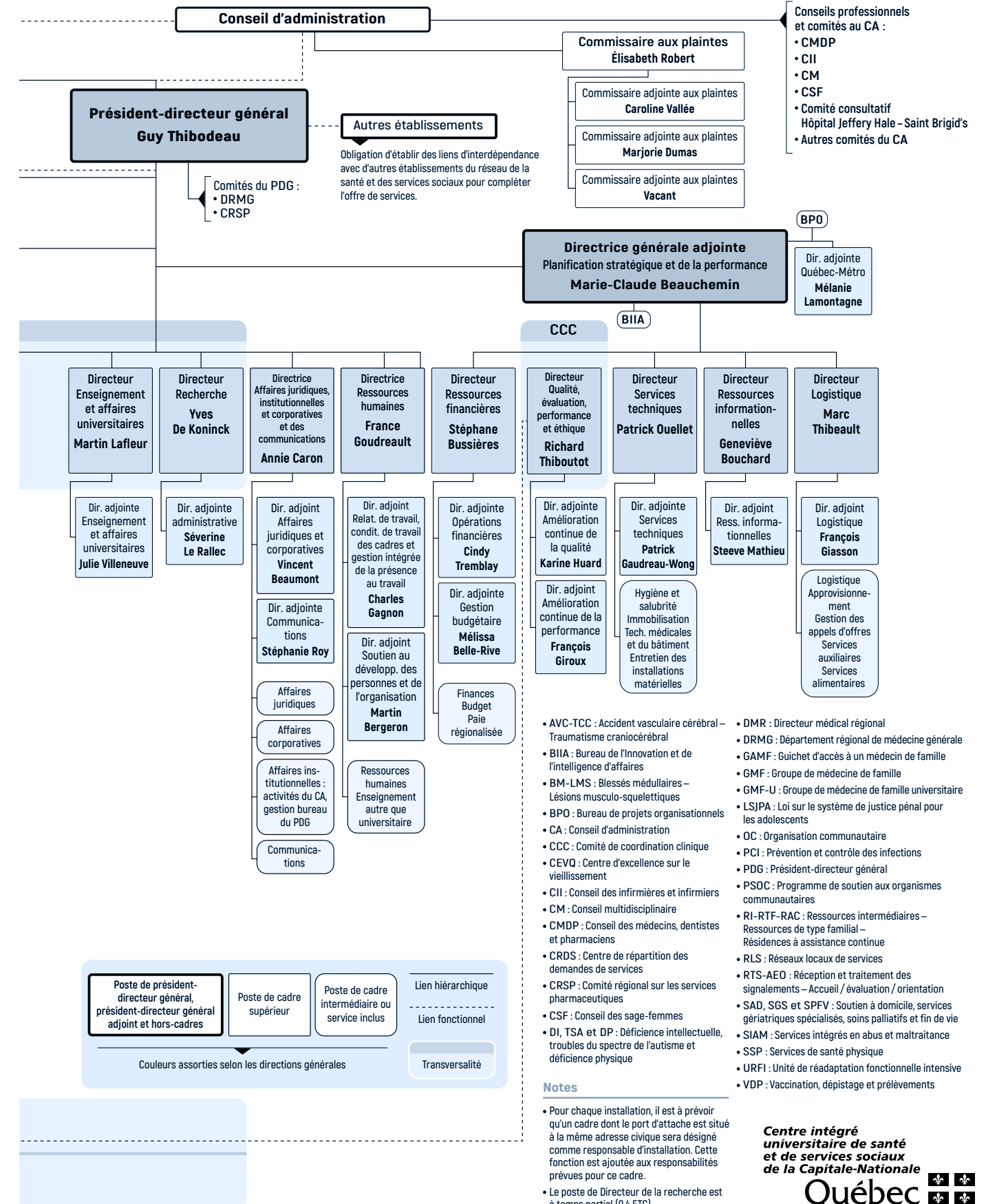
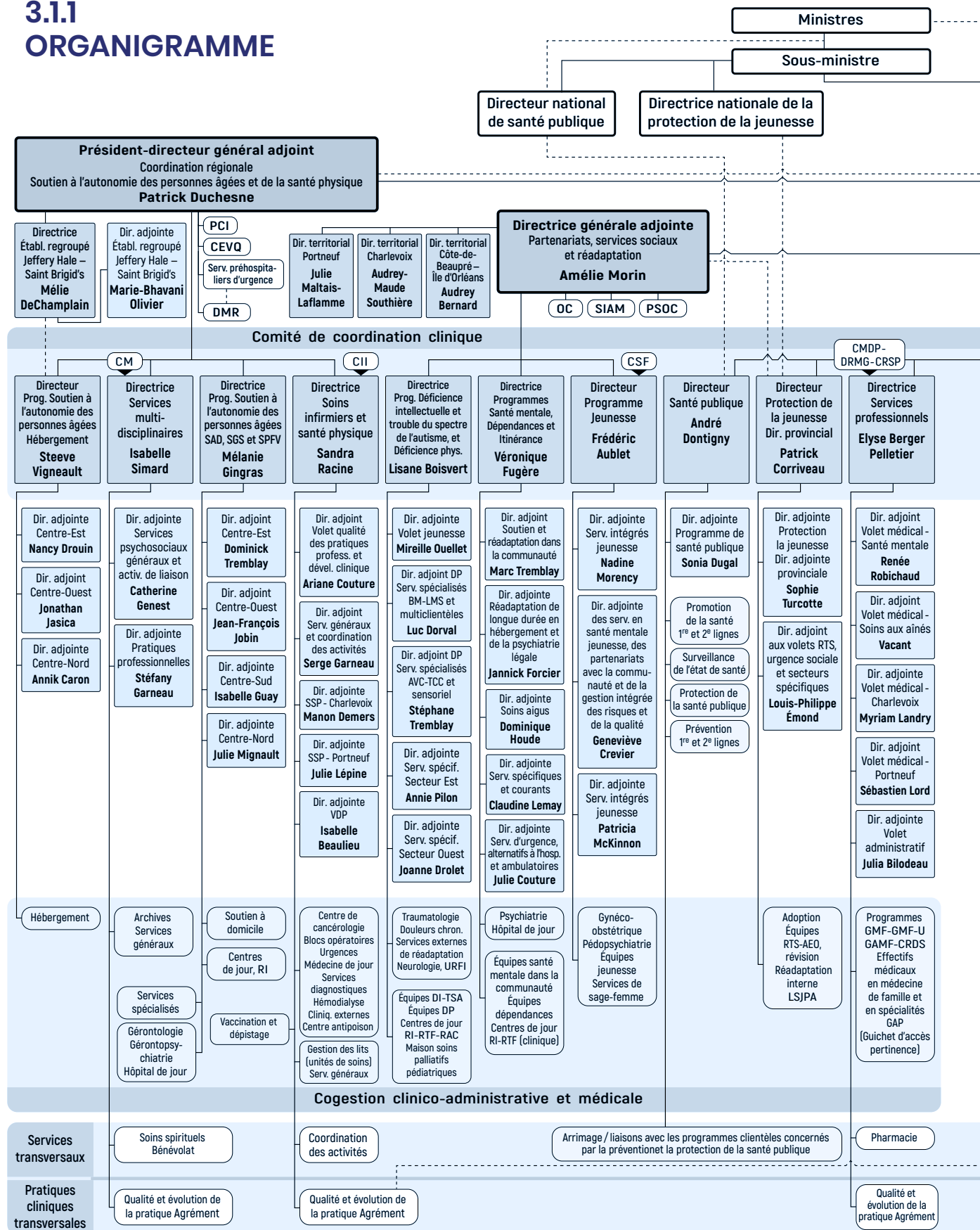
254 de psychiatrie

100 de santé physique

92 de gériatrie

111 en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

3.1.1 ORGANIGRAMME



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

3.2.1 CONSEIL D'ADMINISTRATION (CA)

Composition

Membre d'office

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

Membres indépendants

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

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

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

M. Guy Gignac,
compétence en ressources immobilières,
informationnelles ou humaines

M. Normand Julien, président par intérim
expertise en réadaptation

M^{me} Karine Latulippe,
expertise en réadaptation

M. Simon Lemay,
expertise en protection de la jeunesse

3 postes vacants

Membres désignés

M. Arnaud Samson,
département régional de médecine générale

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

M. Félix Pageau,
conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

M^{me} Véronique Vézina,
comité des usagers de l'établissement

2 postes vacants

Membres désignés universitaires

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

1 poste vacant

Membre non-votant représentant les fondations

M^{me} Marie-Josée Guérette

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CA

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

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

Comités du conseil d'administration

Tous les comités du conseil d'administration sont actifs et accomplissent leur mission conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Comités obligatoires du conseil

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

Comités facultatifs du conseil

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

* Activités cessées en cours d'année

Comités-conseils et autres instances

- Comité consultatif du Jeffery Hale – Saint Brigid's
- Comité d'éthique clinique et de l'enseignement
- Comités d'éthique de la recherche sectoriels
- Comité de gestion des risques
- Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
- Médecin examinateur
- Comité de révision
- Comité des usagers
- Comité régional sur les services pharmaceutiques
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Conseil des infirmières et des infirmiers
- Conseil multidisciplinaire
- Conseil des sages-femmes
- Comité de direction du Département régional de médecine générale

3.2.2

COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

Comité de gouvernance et d'éthique (CGÉ)

Changements au mode de fonctionnement des séances ordinaires de CA

Dans le contexte de la transition de l'établissement vers la nouvelle structure de gouvernance prévue par l'adoption de la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (projet de loi n° 15), le CA a retenu les propositions du CGÉ quant au déroulement des séances ordinaires, visant à prioriser les sujets en lien avec les grands objectifs du Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé et les objectifs organisationnels 2024-2027 de l'établissement.

Par ailleurs, concernant la qualité et la sécurité des soins, le CA a ajouté aux redditions prévues des présentations sur divers plans d'action par rapport à des incidents/accidents récurrents, de même que sur des indicateurs en lien avec l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

Reconfiguration des activités des comités du CA

Certains sujets traités auparavant par le comité de vigilance et de la qualité, le comité sur les soins et services, ainsi que le comité des ressources humaines, ont été inscrits à l'ordre du jour des séances ordinaires ou rencontres de travail du CA, soit parce qu'ils étaient en lien avec le Plan santé, soit parce qu'ils concernaient les redditions de compte et suivis de plans d'action mentionnés précédemment.

Programmation annuelle 2023-2024

Pendant l'année, les membres du CA se sont réunis en rencontres de travail afin d'échanger sur certains thèmes en phase avec le Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé (accessibilité des services, innovation, efficacité, technologies de l'information, soutien au personnel du réseau, accès aux données) et les objectifs prioritaires de l'établissement.

Plan d'action 2024-2027

Les membres du CA ont pris connaissance de la démarche de l'établissement et de ses objectifs prioritaires, en treize points, qui composeront son Plan d'action 2024-2027. Ils ont pu commenter et valider cette démarche.

Accès intégré harmonisé

Les membres du CA ont eu le bénéfice d'une présentation sur l'état de situation concernant le déploiement de l'accès intégré harmonisé. Ils ont pu constater les améliorations à cette trajectoire et aux modalités d'accès à l'ensemble des programmes et services de l'établissement.

Étude relative à la dénomination d'une installation

Le CGÉ a étudié une demande de modification du nom de l'une des installations de l'établissement, formulée par une municipalité. Les membres ont convenu qu'un retour serait effectué auprès des autorités concernées pour leur souligner les règles applicables en la matière.

Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

Le CVQ a soigneusement fait l'analyse des rapports et des plans d'action déposés par les instances et directions concernant le suivi de la qualité et les activités d'amélioration continue de la qualité réalisés au sein de l'établissement :

- Rapports trimestriels et rapport annuel de la gestion des risques et la qualité des services
- Suivi des travaux du comité de gestion des risques
- Rapports trimestriels de l'outil de suivi des recommandations
- Rapports trimestriels et rapport annuel du Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique (BPUE)
- Rapports trimestriels et rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

- Rapports trimestriels du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (en regard des établissements privés)
- Rapport annuel sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle

Le CVQ s'est penché sur l'analyse des rapports et différents travaux du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CPQS), ainsi que du suivi de certaines plaintes et des recommandations émises. Il s'est également penché sur la situation des ressources humaines du CPQS et des médecins examinateurs.

Le CVQ a aussi porté une attention particulière à la révision de deux documents à portée organisationnelle :

- Il a pris connaissance de la révision du *Règlement relatif à la procédure d'examen de plaintes*;
- Il a fait l'analyse de la révision de la Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité et a fait ses suggestions d'améliorations.

Le CVQ a rencontré les membres exécutifs du Comité des usagers du centre intégré (CUCI) – Capitale-Nationale afin de bien comprendre leur réalité et les impacts du projet de loi n° 15 (*Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*). Le CVQ a recommandé que le CIUSSS appuie le CUCI dans la transformation engendrée par ce projet de loi et collabore à la démarche du CUCI afin de mettre en place le nouveau modèle des comités des usagers et des comités de résidents selon cette loi.

Comité de vérification (CV)

Audit des états financiers de l'établissement

- Suivi du plan d'action donnant suite aux recommandations du rapport d'audit des états financiers terminé le 31 mars 2023. Ces recommandations visent l'amélioration de la présentation de l'information financière.
- Examen du rapport d'analyse du ministère portant sur le *Rapport financier des établissements publics et privés conventionnés* (AS-471) pour les exercices 2022-2023 ainsi que du plan d'action de l'établissement pour corriger les situations observées et ainsi améliorer la qualité de l'information présentée dans les états financiers annuels.

- Examen de l'audit de performance réalisé par le Vérificateur général du Québec et intitulé *Santé mentale : efficacité du continuum de soins et de services pour les usagers ayant des troubles mentaux graves*.

Budget 2023-2024 et suivi périodique

- Examen des choix budgétaires proposés pour 2023-2024 et analyse des principaux enjeux.
- Suivi des résultats financiers à quatre reprises au cours de l'exercice. Les écarts entre les résultats et les prévisions budgétaires sont examinés ainsi que les principaux risques financiers.
- Suivi du volet financier des quatre projets de maisons des aînés et de maisons alternatives.
- Suivi des coûts reliés à la gestion de la pandémie de COVID-19 et de leur financement par le MSSS.
- Réception du rapport mensuel et trimestriel (AS-617) sur les revenus et les charges de l'établissement avant son approbation par le CA.

Ressources informationnelles

- Examen du bilan de la sécurité de l'information 2022-2023 et analyse et recommandation au CA du Plan d'action en sécurité de l'information 2023-2024.

Gestion contractuelle

- Surveillance de l'application de la *Loi sur les contrats des organismes publics* (LCOP), en examinant la conformité des pratiques dans un certain nombre de contrats d'approvisionnement, de services, de travaux de construction et de technologies de l'information.

Autre sujet étudié

- Le CV a effectué le suivi du projet d'économie d'énergie garantie, qui vise l'amélioration du bilan environnemental de l'établissement par la modernisation des installations, la réduction de la facture énergétique et l'amélioration de la qualité de l'air. Estimé en 2023-2024 à 46,4 M\$, ce projet s'inscrit dans le Plan pour une économie verte 2030 du gouvernement du Québec.

Comité des ressources humaines (CRH)

Loi 10 limitant le recours aux agences de placement de personnel et à la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux

Le comité a validé le plan d'action élaboré par la Direction des ressources humaines afin de cesser le recours aux agences de placement et à la main-d'œuvre indépendante au 20 octobre 2024 et la réembauche dans l'organisation de toutes les ressources de la main-d'œuvre indépendante.

Maisons des aînés et maisons alternatives (MDA MA)

Le CRH a effectué le suivi des travaux intensifs visant à bien préparer les gestionnaires et les employés à s'adapter à ce nouvel environnement de travail et à ce nouveau mode de prestation de services. Le déploiement de ces maisons se fait de façon progressive afin de répondre à cette vague accrue de demandes de services pour plusieurs titres d'emploi.

Services essentiels

Le comité a effectué le suivi des démarches de la Direction des ressources humaines, effectuées en collaboration avec les directions, en regard de la préparation des gestionnaires dans l'éventualité d'une grève et de l'application des services essentiels.

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

Dans le cadre de son mandat, le CAUI fait des recommandations au conseil d'administration sur la composition (renouvellement de mandats, nominations, démissions) des membres des comités d'éthique de la recherche sectoriels (CER-S).

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

- Présentation d'un outil développé afin de capter et de documenter les actions de diffusion liées aux affaires universitaires;
- Présentation du bilan de la planification organisationnelle des stages pluridisciplinaires pour 2022-2023, ainsi que des perspectives pour 2023-2024;
- Présentation des impacts de la loi 25 concernant la demande d'accès aux dossiers des usagers sans leur consentement dans le cadre de projets de recherche;
- Présentation des différents travaux de recherche par le biais des documents « Nos centres en action » et « La recherche en bref » pour les quatre centres de recherche.

Le comité a tenu des discussions avec ses membres sur :

- la proposition d'utilisation de solde de fonds pour le développement de projets à la Direction de la recherche;
- le contexte et les impacts du projet de loi n° 15 pour la mission universitaire, le CA et le CAUI.

3.3 LES FAITS SAILLANTS DES DIRECTIONS

3.3.1 DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE

3.3.1.1 Mandats transversaux

Réalisations

À l'automne 2023, le Bureau du président-directeur général adjoint (PDGA) a mis en place le projet Révision des processus de gestion et de planification de la main-d'œuvre issu de l'objectif stratégique 4.1 du Plan stratégique 2024-2027 du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ce projet s'inscrit en continuité avec le Plan santé pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé du ministère de la Santé et des Services sociaux, car il vise, entre autres, une meilleure organisation du travail, un allègement des tâches administratives et une amélioration de l'expérience employé. Plus spécifiquement, il a pour objectifs d'apporter plus de prévisibilité dans la gestion des horaires et d'amener une meilleure conciliation entre le travail et la vie personnelle. Le volet de la révision des structures de postes permettra, notamment d'innover et de favoriser la rétention du personnel dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

Un diagnostic organisationnel sur les enjeux de gestion et de planification de la main-d'œuvre au CIUSSS de la Capitale-Nationale a été réalisé et a permis de cibler les priorités des travaux de révision, de conception, d'optimisation et d'automatisation de processus des ressources humaines (RH) dans cinq directions pilotes, soit la Direction des programmes de Santé mentale, Dépendances et Itinérance (DSMDI), la Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP), la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Volet hébergement (DSAPA-HEB), la Direction du programme Jeunesse (DJ) et la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Les retombées des travaux toucheront autant les employés que les gestionnaires de tous les niveaux. En outre, des gains sont anticipés dans la gestion des ressources humaines, matérielles et financières, positionnant ainsi mieux l'établissement pour faire face à ses défis actuels et futurs.

Priorités

- Assurer une stabilité et une prévisibilité d'horaire pour le personnel du CIUSSS Capitale-Nationale.
- Accroître la transparence et la flexibilité de la gestion des horaires par les employés.
- Automatiser des processus RH afin d'améliorer le quotidien des gestionnaires.
- Augmenter la gestion de proximité avec les équipes en diminuant le temps consacré à la confection des horaires par les gestionnaires.

Enjeux

- Période de négociation et de signature de nouvelles conventions collectives pour les quatre entités syndicales.
- Gestion de la transition avec la création de Santé Québec.
- Soutien au développement des compétences et gestion du changement.

3.3.1.2 Services préhospitaliers d'urgence (SPU)

Réalisations

En prévision du déploiement du plan d'action gouvernemental du système préhospitalier d'urgence 2023-2028, la majorité des actions réalisées durant la dernière année visaient à bien positionner l'établissement en fonction des changements à venir, notamment à la mise en place du nouveau contrat de service avec les entreprises ambulancières qui amènera une méthode de gestion plus contemporaine axée sur la performance et la qualité des soins et services. De plus, une révision de l'ensemble des outils cliniques et des mécanismes d'alerte a été effectuée afin de consolider la capacité de l'établissement à répondre aux besoins de la population, particulièrement lors d'événements majeurs.

Priorités

- Actualisation du projet de paramédecine communautaire.
- Mise en place des premiers jalons du Plan d'action gouvernemental du système préhospitalier d'urgence 2023-2028.
- Amélioration de la performance des services préhospitaliers d'urgence.

Enjeux

- Repositionnement de la gouvernance avec les nouvelles dispositions de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux* (LGSSSS).
- Rétention ambulancière.

3.3.1.3

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

Réalisations

- Mise en place et consolidation de la nouvelle Direction Établissement regroupé Jeffery Hale – Saint Brigid's (DERJHSB) avec la nomination de la directrice adjointe et de l'adjointe à la direction.
- Ajout de deux nouvelles cliniques à l'Hôpital Jeffery Hale : Clinique de tuberculose latente et Clinique des demandeurs d'asile.
- Recrutement de 30 préposés aux bénéficiaires (PAB) bilingues au Saint Brigid's Home qui a permis de combler tous les postes vacants et d'éliminer le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI).
- Recrutement de quatre PAB bilingues pour les services gériatriques spécialisés du Jeffery Hale.
- Accueil d'employés du programme de recrutement hors Canada.
- Participation de la DERJHSB au mandat prioritaire 4 de l'organisation (Travailler et décider en interdirections : pour nos jeunes et leurs familles).
- Élargissement du partenariat interdirection.

- Poursuite des projets de recherche du Centre d'expertise sur l'adaptation aux communautés d'expression anglaise en santé et services sociaux (CE-ACCESS).
- Déménagement de la pharmacie du Jeffery Hale vers des services centralisés, dont les Centres d'hébergement Saint-Augustin et Christ-Roi.

Priorités

- Recrutement de personnel bilingue.
- Gestion des espaces en lien avec la nature changeante des besoins des usagers.
- Participation de la Banque d'interprètes de la Capitale-Nationale (BICN) aux travaux visant la nationalisation et l'amélioration de l'offre actuelle de services d'interprétariat pour l'ensemble des établissements du Québec, en collaboration avec la Banque interrégionale d'interprètes (BII).

Enjeu

- Retrait de la MOI et difficulté de recruter du personnel d'infirmières et infirmières auxiliaires bilingue.

3.3.1.4

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

La DGA – PSP est responsable de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE), de la Direction des services techniques (DST), de la Direction des ressources informationnelles (DRI) et de la Direction de la logistique (DL). En janvier 2023, afin de soutenir la performance organisationnelle et en réponse aux enjeux de capacité, le Bureau de projets organisationnels (BPO) et le Bureau de l'innovation et du numérique ont été créés sous la gouverne de la DGA – PSP. Ces entités viennent répondre au Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé du ministère de la Santé et des Services sociaux, car ils visent notamment à soutenir le virage numérique, la valorisation des données, l'innovation et l'accompagnement de dossiers transversaux en appui aux objectifs prioritaires 2024-2027.

Réalisations

- Animation de la démarche menant à l'élaboration d'un plan d'action organisationnel 2024-2027.
- Mise en place du BPO afin d'orienter l'établissement vers des projets à grande valeur ajoutée.
- Implantation d'un processus structuré dans le choix de priorités des projets.
- Prise en charge et coordination de projets stratégiques organisationnels.
- Mise en place du Bureau de l'innovation et du numérique.
- Démarche et développement du Plan de transformation numérique organisationnel (valorisation de la donnée, continuité informationnelle, stratégie M365, télétravail).
- Élaboration d'une trajectoire de gestion de l'innovation, adoption d'une définition et d'une vision organisationnelle de l'innovation alignées sur le pilier Savoirs et innovation, et plus particulièrement, en appui à l'objectif prioritaire « Soutenir l'innovation afin de répondre à nos défis actuels et futurs en s'appuyant sur notre mission universitaire et nos centres de recherche ».
- Analyse des besoins et état de situation des liens cliniques et de la recherche.
- Soutien au développement des initiatives de recherche auprès des directions.
- Mise en place d'un comité stratégique de développement durable afin de fédérer les initiatives dans une perspective de responsabilité populationnelle.

Priorités

- Poursuivre l'élaboration de la gouvernance en gestion de projets et le déploiement de l'offre de service du BPO.
- Réaliser la première expérimentation en innovation.
- Mettre en place la planification de la transformation numérique.
- Implanter une stratégie de communication et de gestion du changement pour l'innovation et le numérique.
- Établir la gouvernance et nos actions prioritaires pour le Dossier de santé numérique (DSN).
- Réaliser un plan d'action pour favoriser et valoriser la contribution de la recherche à la mission du CIUSSS.

Enjeux

- Partage des ressources humaines entre les activités liées aux prestations de soins et celles liées aux projets, à la transformation numérique et à l'innovation.
- Littératie de l'organisation sur le numérique et la donnée organisationnelle.
- Renoncement à certains projets pour centrer les efforts vers les treize objectifs prioritaires de l'organisation.
- Mise en place d'une démarche structurante d'évaluation de la capacité en ressources humaines dédiée à la réalisation des projets.

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

La DGA – PSSR a sous sa responsabilité la DSMDI, la DJ, la DDITSADP ainsi que trois directions territoriales. Elle porte divers autres mandats transversaux, notamment :

- la coordination du réseau territorial de services (RTS) et des réseaux locaux de services (RLS);
- les Services intégrés en abus et maltraitance (SIAM);
- les volets Santé et bien-être des hommes et des femmes, Agressions sexuelles, Violence conjugale, Communautés autochtones, Partenariat avec la communauté, Organisation communautaire (OC) et Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

Réalisations

- Tenue de la Journée annuelle des partenaires, organisée par le SIAM, qui a permis de rassembler plus de 160 participants.
- Soutien du SIAM à l'ensemble des régions du Québec pour le développement de leur offre de service en Entente multisectorielle.
- Implantation du projet novateur (alliance recherche-pratique) d'accompagnement d'un chien d'assistance judiciaire lors d'entrevues d'enquête avec des enfants (SIAM).

- Accompagnement des OC dans :
 - 14 démarches territoriales en développement des communautés sur le territoire;
 - le déploiement des approches de proximité dans 11 secteurs ciblés;
 - le soutien et la médiation auprès d'organismes communautaires en difficulté;
 - la réalisation de portraits en itinérance en dehors des quartiers centraux auprès des partenaires intersectoriels.
- Mise en place de la Table locale d'accessibilité aux services en milieu urbain pour les Autochtones de la Capitale-Nationale.
- Création d'un poste d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IP SPL) dans les deux centres d'amitié autochtone.
- Lancement de l'offre de service des centres désignés pour les victimes d'agression sexuelle dans la région de Charlevoix.
- Diversification d'activités de formation et de sensibilisation pour les professionnels psychosociaux, de santé physique et du milieu scolaire pour le volet Santé et bien-être des hommes (SBEH).
- Détermination de plusieurs enjeux liés à l'augmentation de la population immigrante sur le territoire.
- Diffusion de la Déclaration de services aux victimes d'infractions criminelles, en vertu de la *Loi visant à aider les personnes victimes d'infractions criminelles et à favoriser leur rétablissement*.
- Mise en place d'une structure de gouvernance pour le programme Agir tôt, avec le CHU de Québec-Université Laval.
- Adoption d'une vision, de principes directeurs et de balises de gouvernance concernant les RLS et collaboration avec VITAM – Centre de recherche en santé durable pour assurer un soutien scientifique au développement de pratiques probantes et prometteuses.
- Avancement des travaux liés aux objectifs prioritaires du Plan d'action 2024-2027 notamment :
 - Développement, expérimentation et automatisation d'un processus d'optimisation des pratiques professionnelles et création d'une démarche de priorisation de services en soutien

au comité de direction, basé sur des critères validés (pertinence et capacité des services à la population).

- Expérimentation du travail et de la prise de décisions en collaboration interdirections sur trois territoires ciblés, sous l'angle de la promotion prévention, pour la clientèle jeunesse.

Priorités

- Soutenir l'avancement des travaux liés aux objectifs prioritaires du Plan d'action 2024-2027.
- Développer l'offre de service du projet Zénith Jeunesse en partenariat avec la Ville de Québec et l'Office municipal d'habitation de Québec (OMHQ).
- Assurer la continuité des travaux relatifs aux RLS, notamment :
 - Élaborer et mettre en place une structure de gouvernance;
 - Rédiger un cadre de gestion et des plans d'action locaux;
 - Actualiser les modes de collaboration avec nos partenaires internes et externes.
- Préciser les différentes trajectoires de services du programme Agir tôt en collaboration avec les centres de services scolaires de la Capitale-Nationale, et réviser la trajectoire d'évaluation diagnostique pour les troubles neurodéveloppementaux.
- Actualiser la mesure du réseau d'éclaireurs en santé psychologique auprès de la population.

Enjeux

- Répondre aux besoins de dépistage et d'intervention des enfants dans le cadre d'Agir tôt en considérant la hausse significative des demandes de services.
- Maintenir la mobilisation des acteurs intersectoriels dans différents projets malgré de nombreux enjeux de main-d'œuvre vécus par les partenaires, notamment communautaires.
- Poursuivre les interventions collectives intersectorielles en tenant compte de l'épuisement observé et documenté du réseau des organismes communautaires.
- Répondre aux besoins des citoyens en matière de cohabitation au regard des populations marginalisées.

3.3.1.6

Directions territoriales de Charlevoix, de Portneuf et de Côte-de-Beaupré-Île d'Orléans

Réalisations

- Création d'une troisième direction territoriale (Côte-de-Beaupré-Île d'Orléans) et présentation de l'offre de service aux différents partenaires.
- Mise en fonction d'une ligne téléphonique dédiée aux partenaires du territoire de Portneuf.
- Coordination du soutien aux personnes sinistrées à la suite des inondations sur le territoire de Charlevoix et mise en place d'un groupe de soutien aux résidences privées pour aînés (RPA).

Priorités

- Contribuer aux travaux associés au déploiement des RLS en assurant le leadership dans leur territoire respectif.
- Consolider la fonction de direction territoriale et précision des rôles et responsabilités associés.
- Réaliser un portrait global de chacun des territoires.

Enjeu

- Harmonisation de l'offre de services de l'établissement en tenant compte des spécificités de chacun des territoires.

3.3.2

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

Réalisations

- Gestion de 4845 stages dans 53 disciplines (total de 118 254 jours/stages), pour des revenus de 1 739 679 \$.
- Publication de quatre rapports d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux :

- Soutien à la mise en place de nouvelles formes d'organisation du travail;
- Considérations liées au traitement des risques en contexte de soutien à l'autonomie de personnes aînées à domicile;
- Mécanismes et interventions permettant d'éviter l'errance intrusive de résidents présentant des troubles neurocognitifs;
- Priorisation des services en santé et services sociaux : synthèse préliminaire des connaissances.
- Trois pratiques de pointe terminées :
 - Modèle de soins et de services en partenariat avec l'utilisateur;
 - Mots d'enfants : une pratique pour une intervention précoce de stimulation langagière;
 - L'envolée : favoriser la transition du milieu de vie de l'enfant.

- Quelque 39 formations réseau (591 participants), 36 activités de rayonnement (3 619 participants) et 118 produits de valorisation des connaissances.
- Un nombre de 13 875 prêts de documents, 5 724 prêts entre bibliothèques et 173 257 recherches documentaires.
- Près de 141 demandes traitées au Bureau de gestion de la propriété intellectuelle.

Priorités

- Actualiser pleinement le nouveau modèle de gestion.
- Favoriser le développement et l'appropriation d'outils numériques performants, afin d'améliorer notre efficacité et la fiabilité de nos données.
- Faire évoluer la structure de gouvernance, considérant le contexte changeant du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).
- Poursuivre la révision du processus annuel de planification des stages, dans le but de maintenir et d'augmenter notre offre de stages.
- Rejoindre les publics cibles concernés par les volets de la mission universitaire sous notre responsabilité, afin de transformer les pratiques du RSSS.

Enjeux

- Attraction et rétention du personnel qualifié et expert.
- Mesure des retombées de la mission universitaire.
- Maintien et développement de l'offre de stage, malgré les défis liés au contexte interne et externe.

3.3.3 DIRECTION DE LA LOGISTIQUE (DL)

Réalisations

- Déploiement du concept de préposé logistique à l'unité de soins PLUS où un employé agit auprès des usagers, avec l'approche dite « comme à la maison », en leur permettant de choisir le menu au moment du repas, et de se le faire servir par le personnel en place.
- Mise en place du programme d'assurance qualité en unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) visant à assurer un plus haut niveau de sécurité et de qualité auprès des usagers et du personnel lors de la prestation de services.
- Coordination de mesures en matière de mobilité durable, notamment par la bonification de L'abonne BUS Perso, le retour garanti à domicile et l'accès à une plateforme de covoiturage pour les employés, favorisant ainsi l'attraction et la rétention du personnel.

Priorités

- Améliorer l'expérience requérant par la mise en place d'un logiciel de type « guichet de service clientèle » pour avoir un suivi en temps réel du statut des demandes et la gestion de données pour divers flux d'opération.
- Viser une meilleure agilité de la gestion des transports de personnes à l'aide d'un module de données qui permet une meilleure gestion des demandes et un contrôle des annulations de dernière minute.
- Automatiser, en tout ou en partie, les opérations d'ensachage en vrac des denrées alimentaires produites dans les trois sites de production afin de réduire le gaspillage alimentaire et d'améliorer l'ergonomie des tâches.

Enjeux

- Intégration des employés des services alimentaires basée sur la formation par compétence qui nécessite un accompagnement dans la gestion du changement.
- Collaboration de toutes les parties prenantes en vue des prochaines actions de développement durable pour le volet alimentaire par l'utilisation des meilleures pratiques et d'une communication efficace.

3.3.4 DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ)

Réalisations

- Formation du personnel et présentations aux principaux partenaires de la Direction de la protection de la jeunesse en lien avec les modifications législatives à la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ).
- Mise en place d'un plan de services préventifs et intensifs en période prénatale.
- Déploiement d'un agent de liaison au tribunal en soutien aux secteurs de l'évaluation-orientation et de l'application des mesures.
- Ajout de responsables en unité de vie dans certains milieux d'hébergement dans le cadre d'un projet d'expérimentation.
- Tenue d'une demi-journée de rencontre pour le personnel travaillant en centre de réadaptation et en foyer de groupe ayant pour objectif de favoriser le sentiment d'appartenance et la cohérence clinique.
- Fermeture de la liste d'attente du secteur des retrouvailles.
- Tenue de quelques demi-journées de concertation et d'échanges entre les gestionnaires travaillant dans l'ensemble du continuum des services jeunesse, incluant ceux de la santé publique.
- Démarrage d'un projet pilote de concertation entre les directions jeunesse et les centres de services scolaires afin d'agir sur les situations de non-fréquentation scolaire.
- Révision du protocole d'entente de partenariat entre les directions jeunesse et neuf maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale de la région de la Capitale-Nationale.

Priorités

- Respect du critère exceptionnel de la LPJ.
- Diminution du nombre de dossiers en attente en protection de la jeunesse.
- Atteinte de la cible de 70 % de la prise en charge par un intervenant, dans un délai de 14 jours, des dossiers en attente d'évaluation.
- Développement de nos collaborations avec nos partenaires du réseau local de services travaillant auprès des jeunes et des familles.

Enjeux

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

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

3.3.5.1 Amélioration continue de la qualité des milieux de vie

Réalisations

- Lancement d'une campagne de recrutement intensive des familles d'accueil en 2023 avec création d'une nouvelle image, en collaboration avec la Direction adjointe des communications.
- Mise en place d'une gouvernance de la qualité des milieux de vie en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et de la santé physique.

- Collaboration et implication active des directions cliniques dans les comités de concertation avec les associations des ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF), favorisant la connaissance des enjeux, la recherche de solutions et le partage des trajectoires.

Priorités

- Déployer la gestion des risques en sécurité incendie dans les résidences privées pour aînés et dans les RI-RTF.
- Développer de nouvelles RI-RTF pour répondre aux besoins des usagers des différentes clientèles.
- Développer un processus d'évaluation de la qualité des services professionnels rendus aux usagers hébergés par l'établissement.

Enjeux

- Manque de places disponibles en RI-RTF qui répondent aux besoins des usagers.
- Fermeture de nombreuses résidences privées pour aînés au cours des derniers mois et précarité financière de plusieurs RI-RTF.

3.3.5.2 Amélioration continue de la qualité, de la sécurité et des mesures d'urgence

Réalisations

- Analyse groupée concernant les chutes à la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées – volet Hébergement et volet Soutien à domicile, services gériatriques spécialisés et soins palliatifs et de fin de vie.
- Arrimage avec les partenaires hospitaliers pour les événements liés au transfert d'informations au point de transition.
- Révision du processus de l'analyse détaillée pour le gestionnaire en matière de chutes des usagers.
- Projet Diapason – Déclaration téléphonique des incidents et accidents en DITSADP.
- Accompagnement de l'ouverture des maisons des aînés et maisons alternatives (MDA MA) en gestion de risques.

- Fusion du Comité tactique de mesures d'urgence et du Comité tactique de sécurité civile pour former le Comité tactique de sécurité civile, des mesures d'urgence et de la continuité des activités de la Capitale-Nationale afin de développer une expertise complète dans les trois sphères d'activité.
- Déploiement des mesures d'urgence dans les installations.
- Mise en place de trajectoires d'intervention en préparation à une hausse significative des cas de rougeole pour le réseau de la santé et des services sociaux de la région.

Priorités

- Définir l'offre de services de l'équipe en gestion intégrée des risques.
- Consolider la gestion intégrée des risques.
- Implanter le processus de rétroaction à la suite de la divulgation.
- Réviser le processus d'analyse en gestion de risques.
- Compléter le déploiement des plans de continuité des activités dans les installations.
- Réaliser des simulations en mesures d'urgence dans les installations.
- Compléter le processus post-événement lorsqu'une situation d'urgence dans une installation est survenue.

Enjeux

- Manque de visibilité et de partage des meilleures pratiques en gestion de risques afin d'agir sur la réduction des incidents et accidents.
- Capacité des membres des comités du Plan opérationnel des mesures d'urgence détaillé et du Plan de continuité des activités à réaliser des travaux de prévention et de préparation.
- Détermination, appropriation et maintien des compétences des leaders d'intervention et des responsables des mesures d'urgence du rôle qu'ils doivent jouer.

3.3.5.3

Amélioration continue de la qualité et de la performance

Réalisations

- Soutien et accompagnement des différentes directions et des grands projets, entre autres, pour :
 - l'élaboration du plan d'action 24-27 de l'établissement ;
 - le déploiement d'initiatives d'automatisation de processus (Office 365).
- Soutien à la visite d'Agrément Canada en mai 2023 pour évaluer les services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme ainsi que les services de soutien à l'autonomie des personnes âgées.
- Obtention de la mention d'établissement agréé à la suite du cycle d'évaluation 1 d'Agrément Canada.
- Mise en place d'un entrepôt de données des ressources humaines et création d'outils (tableaux de bord, indicateurs, analyses, etc.) facilitant la prise de décisions et la gestion courante des opérations.
- Réalisation de formations sur le rôle de l'utilisateur partenaire et sur les principes éthiques pouvant guider nos actions auprès des usagers et du personnel.
- Élaboration d'activités de sensibilisation à l'éthique de la recherche.

Priorités

- Faciliter l'appropriation des mécanismes d'assurance qualité.
- Faire évoluer notre système de performance en intégrant la donnée opérationnelle.
- Participer à l'élaboration d'outils et de mécanismes afin de soutenir la gestion opérationnelle de la fluidité des soins et des services.
- Poursuivre le déploiement des initiatives d'automatisation.
- Mettre en valeur les retombées du partenariat avec l'utilisateur.
- Optimiser le processus de dépôt de projets de recherche pour l'évaluation éthique.

Enjeux

- Appropriation rapide des connaissances en lien avec la transformation numérique.
- Soutien à la restructuration des comités des usagers au sein de notre établissement.
- Amélioration de la fluidité des échanges avec les chercheurs qui soumettent un projet de recherche au sein de notre établissement.

3.3.6 DIRECTION DE LA RECHERCHE (DR)

La Direction de la recherche possède quatre centres de recherche d'envergure nationale et internationale reconnus par les Fonds de recherche du Québec. Leur expertise permet de rapprocher la recherche de la pratique clinique et de répondre aux besoins de la population.

Ma vie et la pandémie MAVIPAN

MAVIPAN est un projet qui est né d'un effort collectif et de la collaboration étroite des quatre centres de recherche du CIUSSS, soit le Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et en intégration sociale (Cirris), le Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF), le Centre de recherche CERVO et VITAM – Centre de recherche en santé durable, avec le soutien de la plateforme collaborative de recherche PULSAR de l'Université Laval.

Forte d'une cohorte de près de 3 000 participants, MAVIPAN documente les impacts psychologiques, sociaux et de santé, et les stratégies d'adaptation durant la pandémie de COVID-19, sur les individus et familles, acteurs de la santé et des services sociaux, structures de services et organisations sociales et professionnelles. Amorcée en avril 2020, la collecte de données s'étend maintenant sur 14 temps de mesure. MAVIPAN est associée à 42 projets de recherche réalisés par plus de 75 chercheurs, étudiants et partenaires, et comprend une quinzaine d'articles scientifiques publiés ou en cours de publication.

3.3.6.1 Centre de recherche CERVO

Les réalisations des chercheurs du centre de recherche CERVO sont en lien avec la progression des connaissances sur les causes, la prévention et le traitement des maladies neurologiques et psychiatriques. Le centre compte 69 équipes de recherche, regroupant plus de 600 membres.

Réalisations

- Croissance fulgurante avec plus de 20 nouveaux chercheurs et chercheuses recrutés dans les 5 dernières années. Le centre a dépassé le cap des 20 M\$ en subventions externes par année. Dans cette foulée, il a restructuré sa gouvernance pour impliquer davantage la relève dans son leadership.
- Obtention d'une Chaire d'excellence en recherche du Canada en neuroplasticité pour la santé durable, à Dr Steven Laureys, avec l'utilisation des dernières neurotechnologies.
- Obtention du prix Robert W Kerwin pour l'excellence en recherche du laboratoire RAPPISODIS, codirigé par Marc-André Roy et Marie-France Demers, une distinction honorant le meilleur article en psychopharmacologie publié en 2022.
- Démonstration du professeur Yves De Koninck d'une restauration partielle de certaines fonctions cognitives dans la maladie d'Alzheimer, ouvrant la voie à un traitement thérapeutique prometteur, qui va au-delà du ralentissement de la progression de la maladie en permettant la récupération partielle de certaines fonctions cognitives.
- Intensification des efforts de développement des thérapies innovantes pour les maladies neurologiques et mentales, notamment les approches de thérapie génique, autour des percées importantes de nos équipes pour le traitement des maladies neurodégénératives (SLA, Parkinson et Alzheimer) et de la douleur chronique, ainsi que l'accélération de l'application de l'optogénétique pour le traitement des troubles du système nerveux.

Priorités

- Mise en place de l'Alliance santé mentale financée par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) pour créer une interface de collaboration novatrice entre les centres CERVO, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.
- Mise en place d'une clinique en soins innovants arrimant l'expertise en neuromodulation à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) avec celle des équipes du centre de recherche CERVO et de la Chaire d'excellence en recherche du Canada en neuroplasticité pour la santé durable.

Enjeux

- Concrétiser l'arrimage entre des cliniques innovantes dans le CIUSSS et la recherche.
- Faire reconnaître l'importance de l'investissement du personnel en recherche dans les indicateurs de performance du réseau.

3.3.6.2

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

Le Cirris compte 88 chercheurs et regroupe plus de 320 membres travaillant à développer et à mobiliser les connaissances permettant de faciliter la participation sociale des personnes ayant des incapacités.

Réalisations

- Mise en place de processus plus structurés en matière de recrutement et de suivi du personnel de recherche afin de favoriser l'attraction et la rétention, ainsi que le suivi des projets de recherche et améliorer la valorisation des produits de la recherche.
- Suivi pendant six mois des personnes atteintes de la COVID-19 longue afin d'évaluer leurs fonctions physiques et cognitives, et ainsi orienter leur développement d'interventions et de réadaptation.

- Reconnaissance des travaux sur l'utilisation de la réalité virtuelle pour la réadaptation des jeunes vivant avec la paralysie cérébrale à Maxime Robert, lauréat du prix du 2024 Early Career Investigator Award décerné par *International Society for Virtual Rehabilitation*.
- Obtention du prix Innovation sociale-Desjardins de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ) à Chantal Desmarais et à sa collaboratrice, Véronique Caron, pour leur programme d'intervention ESCALADE qui vise l'accompagnement des adolescents ayant un trouble développemental du langage.
- Reconnaissance des travaux d'Alexandra Lecours, récipiendaire du Prix de la Francophonie pour jeunes chercheurs (Sciences humaines et sociales – 2023), visant la promotion de l'équité, de la diversité et de l'inclusion en emploi pour favoriser la saine participation au travail des personnes vieillissantes.

Priorités

- Mettre en place des instances de participation pour les membres issus des milieux de pratique ainsi que les membres citoyens.
- Poursuivre le développement d'une infrastructure de soutien aux essais cliniques.

Enjeux

- Mise à niveau de nos espaces et infrastructures de recherche considérant la croissance soutenue de la communauté scientifique du Cirris au cours des dernières années.

3.3.6.3

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

Les réalisations du CRUJeF sont en lien avec la production de connaissances fondamentales et appliquées sur l'enfance et la famille afin d'améliorer les services psychosociaux. Le CRUJeF compte sur l'expertise de plus de 75 chercheurs, et plus de 300 membres répartis sur le territoire québécois.

Réalisations

- Tenue de l'événement Collectif Paradoxes à l'Assemblée nationale et au Séminaire de Québec traitant des impacts des traumatismes sur le développement du cerveau et aux approches, projets, services et innovations permettant de faciliter l'adaptation scolaire et professionnelle des jeunes qui ont été exposés à l'adversité et aux traumatismes.
- Tenue des Journées scientifiques IUJD-CRUJeF, sous le thème « Pratiques prometteuses et probantes au service du bien-être des enfants et des jeunes », traitant des quatre grands axes de travail collectif :
 - Les trajectoires de services aux familles d'enfants 0-12 ans;
 - Le développement d'interventions en contexte de violence conjugale intrafamiliale et post-séparation;
 - L'adaptation des jeunes qui reçoivent des services sociaux alors qu'ils entreprennent la transition vers l'âge adulte;
 - Les mesures à prendre pour mieux répondre aux besoins des enfants issus de communautés autochtones.
- Accompagnement offert à 85 enfants, usagers des services du CIUSSS, dans le cadre du projet Diapason, en collaboration avec 15 Centres de la petite enfance (CPE), visant à diminuer les effets potentiels ou réels d'adversité sur leur développement.
- Dans le cadre des travaux qui sous-tendent le développement du Programme de soutien à la parentalité et au développement des enfants (PROSPEQ), une vaste enquête permettant de comprendre les besoins des parents et les enjeux locaux liés à l'offre des services leur étant destinés a donné lieu à la sélection de stratégies d'intervention québécoises prometteuses pour le réseau.
- Démarrage d'un projet majeur dans le cadre d'une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada intitulé Usage du cannabis et ses effets sur le déroulement et l'issue de grossesse, la santé et le développement de l'enfant d'âge préscolaire.
- Début de l'évaluation de l'intervention du programme Mots d'enfants qui porte sur la stimulation précoce du langage et qui est reconnue comme une pratique de pointe au Québec.

- Financement du Réseau de recherche sur les origines développementales et intergénérationnelles de la santé des enfants (ODISÉ) ayant pour mission de structurer la recherche interdisciplinaire sur les déterminants précoces de la santé mentale et physique de l'enfant.

Priorités

- Outiller les intervenants par le transfert des plus récentes connaissances sur les jeunes, les familles et les meilleures pratiques auprès de cette clientèle.
- Assurer la qualité des interventions par l'évaluation de programmes déployés auprès des jeunes et des familles.

Enjeux

- Capacité à répondre aux demandes de collaboration grandissantes.
- Recrutement de participants aux projets de recherche.
- Implication des répondants, des intervenants pivots et des coordonnateurs cliniques pour renforcer l'arrimage entre la recherche et la pratique.

3.3.6.4 Centre de recherche en santé durable VITAM

VITAM permet de développer et de mobiliser des connaissances afin de contribuer à la promotion et à l'amélioration de la santé par la recherche intersectorielle et socialement responsable. VITAM compte 124 équipes de recherche, regroupant plus de 500 membres.

Réalisations

- Recherche menée par la professeure Nancy Côté et son équipe qui a permis de déterminer les facteurs facilitant l'émergence d'initiatives en première ligne pour les populations en situation de vulnérabilité pendant la pandémie au CIUSSS.
- Publication de l'ouvrage *La révolution active : de la gestion de la maladie à la promotion de la santé*, par Jean-Pierre Després, directeur scientifique de VITAM. Son livre se veut un outil de vulgarisation destiné au grand public afin de lui donner les moyens de prendre sa santé en main publié.

- Poursuite du projet Agissons ensemble pour la santé durable sur les territoires des MRC de Montmagny et de L'Islet.
- Lancement de la plateforme numérique pour développer des outils d'aide à la décision PADA. Ces outils favorisent la prise de décision partagée, une approche qui permet de créer un dialogue entre les patients et le personnel de la santé afin de prendre des décisions éclairées qui répondent à leurs besoins.
- Traitement de plus de 4800 déclarations de maladies à déclaration obligatoire (MADO) et de 550 signalements d'éclosion en maladies infectieuses.
- Diffusion de sept portraits territoriaux de vulnérabilité aux changements climatiques.
- Production d'une cartographie ciblant les secteurs de la région, défavorisés sur le plan social et matériel et comportant une forte proportion d'ainés.

Priorités

- Mobiliser les partenaires autour d'actions concertées favorables à la promotion de la santé durable.
- Avoir un impact bénéfique en déployant des initiatives de recherche en santé durable sur le terrain.
- Renforcer les liens avec les partenaires en recherche, dont les équipes du CIUSSS, la ville de Québec, les organismes communautaires et la population.

Enjeu

- Sollicitation par différents partenaires pour son expertise en santé durable.

3.3.7 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (DSPu)

Réalisations

- Mise en place d'un service de vérification de substances pour les personnes utilisatrices de drogues dans une perspective de réduction des méfaits (145 premières visites et 337 vérifications).
- Prise en charge rapide de près de 4000 demandes au programme Pour une maternité sans danger.
- Interventions des hygiénistes dentaires auprès de 12 248 enfants, dont l'application de 13 074 scellants dentaires.

Priorités

- Accompagnement de 127 établissements scolaires, du préscolaire au cégep, et plus de 571 activités effectuées dans le cadre des saines habitudes de vie et de la santé mentale positive.
- Réalisation de 24 présentations sur les résultats régionaux de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle.
- Poursuivre le soutien des partenaires pour qu'ils adaptent leur offre de service en faveur de l'équité en santé.
- Mobiliser les acteurs intersectoriels de la Capitale-Nationale autour de l'action climatique et soutenir des mesures d'adaptation et d'atténuation qui favorisent la santé et l'équité.
- Intensifier les interventions en promotion de la santé et en prévention auprès des jeunes dans des secteurs fortement vulnérables, notamment sur la santé mentale positive.

Enjeux

- Être prêts et agiles en améliorant nos processus pour faire face aux urgences de santé publique en maladies infectieuses et en santé environnementale.
- Avec nos partenaires intersectoriels, mieux adapter nos communications et nos services pour bien répondre aux besoins des groupes vulnérables et favoriser l'équité en santé.

3.3.8

DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES, INSTITUTIONNELLES ET CORPORATIVES, ET DES COMMUNICATIONS (DAJICC)

Réalisations

- Poursuite des travaux d'actualisation de la vision de la DAJICC et de son offre de service dans le but de tenir compte de son évolution depuis sa création, et ce, pour mieux servir les intérêts des usagers et ceux de l'établissement aux plans des actions de vigie, de prévention et d'interventions dans les dossiers litigieux.
- Finalisation du projet de réorganisation du travail dans le secteur du droit de la santé pour faire face à l'augmentation significative des dossiers litigieux et des demandes de services de conseil, tout en assurant le maintien de services de qualité au bénéfice des usagers et de l'établissement.
- Tenue d'activités de sensibilisation destinées à mieux outiller les nouveaux cadres en abordant les thèmes de base et généraux applicables à un établissement de santé et de services sociaux.
- Aboutissement des travaux sur la révision de la politique, de la procédure et de la trajectoire pour la Commission d'examen en rapport avec les accusés adultes atteints de troubles mentaux (CETM), qui seront diffusés et appliqués sous peu au sein des équipes concernées.
- Mise en place d'un nouveau mode de collaboration du secteur droit du travail avec notre direction cliente pour mieux répondre à ses besoins.
- Finalisation de la réorganisation du travail en droit de la jeunesse, pour faire face à l'augmentation significative des dossiers litigieux depuis la création de la direction, tout en assurant le maintien de services de qualité aux usagers et aux deux directions clientes (Direction du programme Jeunesse et Direction de la protection de la jeunesse).

- Participation du secteur du droit de la jeunesse à la mise en œuvre d'actions prioritaires du Plan d'action DJ-DPJ, soit celles ayant pour but de diminuer la judiciarisation des dossiers et d'assurer une meilleure efficacité de l'utilisation des ressources, en diminuant le temps requis de leur présence devant les tribunaux.

Priorités

- Poursuite de l'actualisation de la réorganisation du travail en droit de la santé et de la vision renouvelée afin de travailler davantage en amont et en proximité avec les directions clientes pour mieux répondre à leurs besoins.
- Poursuite de l'actualisation de la réorganisation du travail en droit de la jeunesse et du Plan d'action DAJICC-DJ-DPJ afin de contribuer davantage au travail en amont, à la déjudiciarisation, à la réduction du temps de cour et au soutien des avocats auprès des intervenants.
- Finaliser les travaux d'élaboration des trajectoires des dossiers litigieux en droit de la santé.
- Établir les attentes à l'égard de la tenue de dossiers et au service client attendu des avocats selon les domaines de droit.
- Implantation du nouveau logiciel de gestion de dossier.
- Planification et mise en œuvre des actions requises pour effectuer la transition entre l'actuel conseil d'administration et les futures instances.
- Élaboration d'un processus de gestion contractuelle de l'établissement et d'un processus de suivi des ententes organisationnelles.
- Compléter et faire connaître la nouvelle structure de fonctionnement de la Direction adjointe des communications.
- Développer et lancer la marque employeur pour attirer, mobiliser et fidéliser les employés.
- Actualiser et déployer les mécanismes et les outils de gestion des risques réputationnels, incluant la formation de porte-parole.
- Réaliser la migration de l'intranet vers SharePoint Online.

Enjeux

- Nombre très important de dossiers litigieux en droit de la santé et en droit de la jeunesse à assumer par des équipes restreintes d'avocats, particulièrement en raison de leur complexité, de la durée du traitement et de l'audition.
- Difficulté importante à recruter du personnel de soutien juridique et des avocats d'expérience, en raison d'une pénurie dans ces domaines et des conditions de travail très compétitives offertes dans le secteur privé.
- Nombre important de gestionnaires nouvellement en poste qui nécessitent un accompagnement juridique et stratégique plus soutenu.

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

Réalisations

- Mise en place de l'offre de service COVID longue.
- Déploiement du congé précoce assisté permettant la réadaptation intensive à domicile.
- Ouverture d'une résidence à assistance continue (RAC) transitoire pour la clientèle jeunesse avec des besoins complexes.
- Ouverture d'une RAC transitoire pour la clientèle adulte en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme avec des besoins physiques.
- Ouverture de la Maison des aînés et alternative de Sainte-Foy.
- Mise en place d'une équipe de soutien à l'intégration des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA).
- Mise en place d'une équipe de soutien à domicile intensif pour la clientèle jeunesse.
- Augmentation de l'offre d'hébergement en ressources intermédiaires en cohérence avec les besoins des usagers.

- Nombreux partenariats avec les organismes communautaires pour bonifier l'offre de répit.
- Collaboration au déploiement des continuums, langage, communication et parole et développement global dans le cadre du programme Agir tôt.
- Déploiement du projet de valorisation du soutien à domicile.
- Déploiement d'une trajectoire étudiante en travail social.
- Mise en place de mesures visant à accroître la santé et la sécurité des travailleurs au programme des aides techniques.
- Développement d'outils de sensibilisation et de formation pour la clientèle blessée médullaire.

Priorités

- Consolider la mise en œuvre de l'équipe régionale de soins pédiatriques complexes de proximité en collaboration avec le CHU de Québec-Université Laval.
- Ouverture de trois maisons des aînés et maisons alternatives.
- Mise en place de la gamme de services en DDITSADP.
- Développement de places de réadaptation et d'hébergement.
- Poursuite du développement des places de répit en DITSA et DP.
- Actualisation du projet d'aménagement des aides techniques.
- Mise en place d'une équipe mobile d'intervention jeunesse interdirections.

Enjeux

- Recrutement du personnel en soins infirmiers dans les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et à la Maison Lémerville Suzanne Vachon.
- Réduction du recours à la main-d'œuvre indépendante, tout en maintenant l'offre de service.

3.3.10

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

Réalisations

- Dépôt et actualisation du plan d'action en suivi au rapport d'audit du Vérificateur général du Québec en 2023.
- Virage majeur de transformation numérique pour l'optimisation des processus de gestion :
 - Suivi des épisodes de soins dans les unités d'hospitalisation et des communications dans le continuum de soins;
 - Projet novateur d'accueil-intégration des employés et gestionnaires.
- Accompagnement de 11 établissements du Québec pour déployer le Traitement bref à domicile (TIBD).
- Déploiement de l'équipe Accompagnement bref dans la communauté (ABC).
- Révision et optimisation du processus d'accès en dépendance.
- Obtention d'un mandat national d'implantation des soins en étapes pour les troubles de la personnalité.
- Bonification de l'offre de services des troubles mentaux fréquents dans le cadre du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM).
- Déploiement du programme des premiers épisodes psychotiques dans Portneuf et Charlevoix.
- Déploiement de l'équipe de stabilité résidentielle incluant un volet de transition à la vie adulte.
- Déploiement de mesures d'urgence et hivernales supplémentaires en itinérance.
- Ouverture de la Cour à Sam : espace multifonctionnel extérieur à l'IUSMQ.
- Financement adéquat de 20 places en ressource intermédiaire à la résidence « désengorgement ».
- Réalisation de 375 expertises en psychiatrie légale.

Priorités

- Actualiser les services intégrés spécialisés de l'axe 6 du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (PAISM) qui concerne la prévention et le développement d'alternatives aux hospitalisations en psychiatrie.
- Implanter le Mécanisme d'accès en santé mentale.
- Actualiser les plans de rattrapage des listes d'attente.
- Collaborer au projet de hiérarchisation des services en psychiatrie légale.
- Poursuite du projet du Centre multiservice Côte du Palais.
- Révision de la programmation clinique en dépendance.

Enjeux

- Réduire la durée moyenne du séjour sur civière dans les urgences psychiatriques.
- Répondre à l'augmentation des demandes de services dans le continuum des troubles mentaux courants.
- Optimiser les services spécialisés dans la communauté.
- Maximiser la concertation intersectorielle pour soutenir les personnes en situation d'instabilité résidentielle et d'itinérance.
- Assurer la pérennité des services dans Charlevoix en contexte de pénurie de main-d'œuvre.

3.3.11

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES (DRF)

Réalisations

- Ajustement de la structure de gouvernance pour favoriser l'efficacité, l'accessibilité et l'agilité des activités.
- Accueil de travailleurs étrangers pour combler les besoins de ressources humaines.
- Amélioration de l'approche d'accueil, de l'orientation et de l'intégration des nouvelles ressources afin d'augmenter la réussite et la rétention du nouveau personnel.

- Amélioration des méthodes de suivi des comptes à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux pour améliorer la qualité de l'information mensuelle.
- Accompagnement du partenaire Partagec dans les opérations comptables pour assurer la continuité des activités financières.
- Amélioration des outils de suivi budgétaire dans le but de faciliter l'accès à la donnée en fonction des besoins des gestionnaires de l'établissement.
- Développement de l'expertise de « *Business intelligence* » pour améliorer la performance des outils de suivi financiers.

Priorités

- Collaborer à la mise en place de Santé Québec.
- Poursuivre le déploiement de la gestion de la performance financière et le développement de la culture de gestion financière afin d'utiliser le financement de façon optimale pour les services à la population.
- Déploiement de la méthodologie de financement axé sur le patient.
- Application des modalités de rémunération des conventions collectives 2023-2028.
- Transition du calendrier financier de 13 périodes aux mensualités.

Enjeux

- Développement des compétences des gestionnaires pour l'adaptation aux changements imposés par le suivi financier :
 - Financement axé sur le patient;
 - Changement de calendrier financier;
 - Culture de gestion financière.
- Équilibre budgétaire :
 - Impact financier de l'augmentation de l'indice des prix à la consommation sur les achats de l'établissement;
 - Pression des besoins populationnels sur les services malgré des ressources limitées.

- Efficacité des systèmes informatiques financiers.
- Maintien du sentiment d'appartenance dans un contexte de télétravail.

3.3.12 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES (DRH)

Réalisations

- Adoption de la Politique sur la prévention de la violence conjugale et familiale en milieu de travail.
- Recrutement de 2 747 personnes, dont 126 qui viennent de l'international.
- Accueil de 94 étudiants infirmiers diplômés hors Canada.
- Implantation d'une nouvelle plateforme intégrée de gestion des candidatures.
- Réduction de plus de 85 % du nombre de ressources venant des agences de placement de personnel.
- Réalisation de six projets paritaires avec les partenaires syndicaux, notamment un projet innovant en gestion de la carrière, en soutien aux employés en invalidité ou à risque d'invalidité et la création de capsules interactives en prévention des risques d'agression.
- Gestion de plusieurs journées de grève impliquant simultanément les quatre catégories syndicales en assurant le maintien des services essentiels.
- Lancement de notre nouveau modèle de gestion auprès de l'ensemble des cadres.
- Planification de la main-d'œuvre, formation et accompagnement des cadres et des employés pour l'ouverture de deux maisons des aînés et maisons alternatives et accompagnement par l'équipe des communications.
- Collaboration à plus de 200 demandes de service offrant un soutien à plusieurs projets stratégiques tels que : Mon environnement, ma santé; Maison des aînés et maisons alternatives; plan d'action organisationnel.
- Traitement de plus de 1000 demandes médias et de cabinets politiques.
- Lancement du nouvel espace gestionnaire.

Priorités

- Repositionnement de la démarche « risques psychosociaux » et révision de la Politique relative à la civilité.
- Amélioration des processus de gestion et de planification des ressources humaines, notamment ceux associés à la prévisibilité des horaires.
- Intensification du soutien aux directions dans l'intégration de notre modèle de gestion et développement des compétences des cadres.
- Mise en œuvre et communication des nouvelles conventions collectives pour les employés.
- Lancement de la marque employeur de l'établissement.

Enjeux

- Soutien aux équipes dans l'amélioration du climat de travail.
- Maintien de notre capacité d'accompagnement des cadres dans le contexte de transformation du réseau, de la réalisation de plusieurs projets de changement du plan 2024-2027 du CIUSSS.
- Défis associés à la pénurie de main-d'œuvre et au roulement de personnel (employés et cadres), notamment pour les trajectoires de recrutement, d'accueil et d'intégration et pour le développement des compétences de ces personnes.

3.3.13 DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSM)

Réalisations

- Interventions psychosociales de sécurité civile, notamment pour la population sinistrée de Charlevoix lors des inondations ainsi qu'aux populations évacuées du Nord-du-Québec lors des incendies de forêt.
- Début des Services intégrés aux victimes d'agression (SIVA) pour les personnes victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle, dont 525 consultations ont été réalisées par une équipe interprofessionnelle, auprès de 157 personnes, en neuf mois.

- Projet local de proximité pour les personnes issues de l'immigration dans Portneuf et Sainte-Foy.
- Mise en place d'équipes de liaison sociale dans les urgences de Portneuf.
- Depuis novembre 2023, 160 demandeurs d'asile ont été accueillis à la Clinique santé des réfugiés.
- Révision de la Politique relative à la gestion des personnes violentes « Code blanc ».
- Révision de la Politique relative à la prévention du suicide et trajectoires de suivi étroit pour les usagers à risque suicidaire plus élevé.
- Contribution aux mandats nationaux de désignations universitaires (formations sur la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle, prévention du suicide des moins de 13 ans).
- Mise en place d'une structure de soutien clinique en maltraitance et violence conjugale.
- Développement des services en santé et bien-être des personnes de la diversité sexuelle et de genre.

Priorités

- Suivi des séjours et de la planification précoce et conjointe des congés à l'Hôpital de La Malbaie.
- Consolidation du déploiement du système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles dans les sept urgences de l'établissement.
- Amélioration de l'accès intégré et harmonisé : soutien à la mise en place des trajectoires interprogrammes.
- Développement de l'offre de service de crise en services sociaux généraux.
- Poursuite de l'implantation de l'offre de service SIVA et du projet de centre intégré de services pour le district judiciaire de Québec.
- Déploiement du Dossier patient électronique dans Charlevoix.
- Développement d'une structure de gouvernance pour les services aux proches aidants.
- Poursuite du déploiement de la politique d'hébergement.

Enjeux

- Organiser les services d'archives et les priorités d'action en contexte de pénurie de main-d'œuvre.
- Appliquer les recommandations pour la mise en œuvre du Dossier santé numérique.
- Développer des outils Power BI pour la gestion de l'information clinique.

3.3.14 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP)

Réalisations

- Élaboration de politiques, de règlements et de procédures sur différents sujets :
 - Don d'organes et de tissus humains;
 - Émission et exécution des ordonnances de médicaments;
 - Prévention du suicide dans les secteurs cliniques de la direction.
- Déploiement de systèmes d'information :
 - Dossier médical électronique (DMÉ) pour certains professionnels dans cinq CLSC;
 - Prescription et suivi électronique de l'administration des médicaments dans certains secteurs;
 - Portail numérique du Guichet d'accès à la première ligne (GAP).
- Optimisation des processus du GAP pour permettre une réponse en temps opportun.
- Inscriptions collectives en groupe de médecine familiale (GMF) pour 170 000 usagers en attente d'accès à un médecin de famille et bonification des ressources professionnelles en GMF pour répondre à leurs besoins.
- Implantation du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) dans 13 GMF.
- Création d'un tableau de bord pour le Département régional de médecine générale et amélioration du processus d'attribution des activités médicales particulières.

- Épuration administrative des listes d'attente et fin des envois par télécopieur au Centre de répartition des demandes de service.
- Développement de nouvelles pratiques interprofessionnelles de gestion de la médication en GMF.

Priorités

- Veiller au respect des normes d'Agrément Canada pour le circuit du médicament et la télésanté.
- Finaliser le déploiement du DMÉ dans certains secteurs.
- Valoriser la donnée pour améliorer l'accès à la première ligne.
- Stabiliser la gouvernance clinique de l'établissement et améliorer l'accueil des nouveaux médecins.
- Réviser les trajectoires d'accès à la première ligne pour les clientèles en périnatalité et pédiatriques.
- Implanter de nouvelles technologies au GAP pour en améliorer les processus.
- Harmoniser les pratiques cliniques dans les GMF et poursuivre le déploiement du PQPTM et de la procédure en prévention du suicide.
- Améliorer la coordination entre les omnipraticiens et les spécialistes afin d'améliorer l'accès.

Enjeux

- Nouveau cadre législatif qui modifiera la gouvernance clinique.
- Recrutement de médecins, de dentistes et de pharmaciens dans certains secteurs et de professionnels en GMF.
- Orientations à venir concernant l'inscription collective en GMF.
- Augmentation du volume de demandes en médecine spécialisée.
- Consolidation des systèmes de pharmacie et du parc technologique.

3.3.15

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES (DST)

Réalisations

- Déploiement de l'offre de service de la DST en lien avec les formations et exercices des codes rouge, vert, brun, ainsi que pour la protection incendie.
- Adjudication du projet majeur en efficacité énergétique avec performance garantie.
- Installation d'un équipement pour traiter, par procédé thermique et enzymatique, les matières organiques générées (digesteur) dans les cuisines de grande production, comme celles de l'IUSMQ et de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul.
- Mise en place d'une collecte classique de matières organiques dans différentes cuisines du CIUSSS.
- Déménagement de plus de 400 employés.
- Création d'un portail des ressources humaines de la DST.
- Affichage en continu de titres d'emploi en situation critique.
- Développement du programme des apprentis de métier.
- Réalisation d'investissements de 31,2 M\$, tel que prévu dans le cadre du Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI), et un montant supplémentaire de 6 M\$, alloué au Plan de conservation en équipement et mobilier (PCEM).
- Accueil des premiers résidents des Maisons des aînés et alternatives de Sainte-Foy et de Lebourgneuf.

Priorités

- Poursuivre les huit dossiers prioritaires ciblés par la DST et faire le suivi en comité de gestion avec les indicateurs d'avancement Power BI.
- Poursuivre la gestion des affectations et du rehaussement et procéder à la surdotation.
- Contribuer aux projets majeurs organisationnels et préparer les réceptions sans réserve des MDA MA.
- Livrer le plan directeur clinique et immobilier.

- Réduire de façon importante les surplus de main-d'œuvre pour retourner à l'équilibre en hygiène et salubrité.
- Établir une structure d'audits en hygiène et salubrité pour atteindre les cibles du MSSS.
- Mettre en place un système de gestion de l'énergie pour tout le parc immobilier.

Enjeux

- Retour à l'équilibre budgétaire.
- Phase de construction du projet majeur en efficacité énergétique dans 19 bâtiments simultanément.
- Plusieurs départs à la retraite dans les métiers spécialisés à venir.
- Manque de financement pour effectuer tous les travaux requis en maintien d'actif immobilier, de rénovation fonctionnelle et en équipements médicaux.
- Remplacement de deux logiciels en maintenance et en hygiène et salubrité.
- Mise en place des sites multiservices sur l'ensemble du territoire.

3.3.16

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

Réalisations

- Administration de 46 868 doses de vaccin dans les milieux de vie pour aînés, par les équipes mobiles des points de services locaux (PSL).
- Diminution de 83 % de la main-d'œuvre indépendante à l'Établissement de détention de Québec.
- Implantation et pérennisation du modèle novateur de la clinique d'urgence mineure du Jeffery Hale, permettant d'accueillir 35 967 usagers, soit près de 6 000 de plus que les prévisions initiales.
- Déploiement de la trousse médico-légale urinaire dans les urgences.
- Stabilisation de technologues autonomes en échographie cardiaque ainsi qu'en échographie abdominale, pelvienne et de surface dans la région de Charlevoix.

- Implantation d'un modèle novateur en télésanté, soit un service d'échographie cardiaque en mode synchrone en collaboration avec les cardiologues de l'IUCPQ pour le territoire de Portneuf.
- Mise en place d'une nouvelle unité d'oncologie sur le territoire de Portneuf.
- Contribution à l'intégration professionnelle, au soutien et à la rétention de plus de 50 infirmières diplômées hors Canada au sein de l'organisation.

Priorités

- Poursuivre la planification du projet d'agrandissement de l'Hôpital de La Malbaie.
- Déployer le processus d'optimisation, visant à maximiser le champ d'exercice infirmier et la contribution des membres de l'équipe de soins et du personnel administratif.
- Déployer une clinique d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) basée sur l'interdisciplinarité permettant d'accroître l'offre de service populationnelle en première ligne.
- Poursuivre l'intégration de nouveaux services dans les points de services locaux, afin d'améliorer l'accès aux services de première ligne.

Enjeux

- Recrutement des professionnels dans les secteurs spécialisés incluant l'inhalothérapie.
- Révision des priorités des contrôles en endoscopie selon les normes ministérielles.
- Maintien de la fluidité des trajectoires dans les secteurs de Portneuf et de Charlevoix.
- Ajustement en continu de l'offre de vaccination, de dépistage ainsi que l'ajout de nouveaux services aux PSL.
- Maintien des activités liées au soutien clinique ainsi que l'intégration de nouvelles technologies visant à optimiser la pratique professionnelle.

3.3.17 DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE (DJ)

Réalisations

- Reconnaissance du programme de stimulation du langage Mots d'enfants comme pratique de pointe et de son adaptation en sécurisation culturelle.
- Expérimentation d'un projet pilote d'un mécanisme d'accès Jeunesse – Jeunes en difficulté (JED) et Santé mentale des jeunes (SMJ).
- Mise en place d'une trajectoire de service d'intervention préventive précoce en période prénatale.
- Actualisation d'un plan d'action visant à réduire les listes d'attente en santé mentale jeunesse : réduction des listes d'attente en santé mentale jeunesse, de plus de 50 % entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024, passant de 658 à 315 usagers.
- Révision et bonification de l'offre de service en santé mentale de proximité.
- Stabilisation de la liste d'attente à l'étape de l'application des mesures (AM) en protection de la jeunesse.
- Implantation du projet de responsable d'unité de vie dans deux foyers de groupe.
- Réalisation de la nouvelle trajectoire de service de réadaptation par le travail.
- Mise en place d'un agent au logement jeunesse en collaboration avec la Direction des programmes Santé mentale, Dépendances et Itinérance (DSMDI).

Priorités

- Planification de la démarche d'Agrément Canada 2025.
- Amélioration de l'accès en santé mentale de proximité avec l'implantation du Programme québécois pour les troubles mentaux, volet jeunesse et du mécanisme d'accès en santé mentale.
- Amélioration de l'accès pour les services jeunes en difficulté.

- Implantation du projet visant à optimiser la prise en charge de l'ensemble des dossiers à l'étape de l'application des mesures en protection de la jeunesse en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.
- Amélioration de la gestion et de la planification de la main-d'œuvre en foyers de groupe.
- Actualisation du plan d'action des foyers de groupe.

Enjeux

- Augmentation constante des demandes de services pour les programmes JED, SMJ et AM.
- Recrutement et rétention du personnel assigné dans les unités de soins et les foyers de groupe de réadaptation.
- Difficulté de recrutement dans les ressources de type familial en jeunesse.
- Engorgement des foyers de groupe de réadaptation.

3.3.18

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

3.3.18.1

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

Réalisations

- Diffusion du feuillet *Retour à domicile des aînés après un séjour à l'hôpital* en conformité avec les objectifs de la politique de soutien à domicile Chez soi : Le premier choix.
- Mise en place d'une trajectoire de soutien et de réorientation à l'Établissement de détention de Québec (ÉDQ) lorsqu'une personne admise pour des soins de fin de vie ou pour une stabilisation à la Maison Michel-Sarrazin (MMS) doit quitter conformément à la Politique d'admission et de séjour.
- Optimisation des offres de service en unité de soins de courte durée gériatrique (UCDG) et en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI).

- Mise en place de l'offre de service des centres de jour en conformité avec le cadre de référence du MSSS et des soins généraux et spécialisés externes sur le territoire de la Capitale-Nationale.
- Participation au projet pilote du MSSS de valorisation des activités cliniques en SAD (VSAD+) afin d'améliorer l'accessibilité aux services de SAD.
- Réalisation des guides d'accueil et d'intégration pour le personnel des catégories 1, 2 et 4.
- Renouvellement de l'appel d'intérêts aux organismes communautaires pour des projets de répit aux personnes proches aidantes.
- Mise en place de 42 lits d'évaluation et d'orientation pour des usagers avec troubles neurocognitifs majeurs, avec ou sans symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, et/ou avec profil gériatrique présentant des troubles graves de mobilité.

Priorités

- Déployer le système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles dans nos urgences.
- Assurer la performance financière.
- Harmoniser les structures de postes et les standards de pratique au SAD.
- Actualiser les recommandations du projet VSAD+.
- Mettre en place des cliniques de fragilité et la clinique d'accès rapide à la clinique gériatrique de Québec.
- Déployer le programme du MSSS des allocations personnalisées en résidences privées pour aînés.

Enjeux

- Accessibilité aux services du SAD dans le contexte d'un besoin grandissant de la population et d'une main-d'œuvre disponible limitée.
- Service à la clientèle en santé physique long terme non gériatrique sans diagnostic.
- Conciliation des orientations et changements de pratique en lien avec le projet VSAD+.

3.3.18.2 Volet hébergement (DSAPA-HEB)

Réalisations

- Accréditation d'Agrément Canada pour l'ensemble du continuum de soutien à l'autonomie des personnes âgées obtenue à la suite de la visite effectuée en mai 2023.
- Ouverture, au CHSLD Notre-Dame-de-Lourdes, d'une unité spécifique d'hébergement pour les hommes présentant des troubles du comportement.
- Ouverture et accueil des résidents à la Maison des aînés et alternative de Sainte-Foy.
- Accueil des étudiants infirmiers diplômés hors Canada, dans les territoires de Portneuf et de Charlevoix.
- Actualisation du plan d'action visant à mettre fin à l'utilisation des agences de placement de personnel et à la main-d'œuvre indépendante.
- Embauche de plus de 400 préposés aux bénéficiaires venant de boursiers ayant obtenu une attestation d'études professionnelles et à l'embauche du personnel issu de la MOI à la fin de leurs contrats.
- Développement des offres de service en travail social et en psychoéducation.
- Révision et modification de la structure hiérarchique d'encadrement des professionnels en CHSLD.
- Mise en place d'intervenants désignés pour soutenir et accompagner les équipes dans la prévention et le traitement de situations de maltraitance en CHSLD.
- Harmonisation de l'offre de service en loisirs par une répartition équitable des ressources et une révision de la structure hiérarchique avec la création d'un poste de chef de service en loisirs.

Priorités

- Ouverture des MDAA de Lebourgneuf, de Pont-Rouge et de Saint-Hilarion.
- Recrutement médical en CHSLD, afin de maintenir le rythme des admissions pour répondre à la hausse des demandes d'hébergement d'usagers en grande perte d'autonomie.
- Amélioration de la fluidité des admissions en CHSLD.
- Actualisation de l'ensemble des recommandations liées à la gestion des horaires.
- Poursuite de la mise en place de la politique d'hébergement et de soins et services de longue durée.

Enjeux

- Recrutement d'infirmières et de professionnels en MDA MA et en CHSLD.
- Diminution importante du nombre de bénévoles au sein des milieux de vie.
- Augmentation des demandes d'hébergement pour les usagers de grande complexité avec profils atypiques et judiciairisés.

4

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

ENJEU 1 – UNE ORGANISATION PLUS HUMAINE DU TRAVAIL DEVENIR UN EMPLOYEUR DE CHOIX

Indicateur	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
3.03-PS Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau	77,96	N/A	N/D	72,30
3.02-PS Pourcentage d'employés du réseau de la santé qui recommandent leur établissement comme employeur	N/D	N/A	28,3	28,3
3.06.01-PS Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante	840 288	N/A	N/D	1 138 019
3.01.02-PS Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones	69,73	100	89,24	100

3.01.02-PS Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones

Avec un résultat de 89,24 % au 31 mars 2024, le pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones n'atteint pas la cible fixée à 100 % pour l'année 2023-2024. La performance de cet indicateur a toutefois augmenté de 27,98 % comparativement à l'année dernière (69,73 %).

La formation portant sur les réalités autochtones est rendue obligatoire pour tous les nouveaux employés. En effet, elle fait maintenant partie du parcours d'intégration de ces derniers. Cette façon de faire permet une facilité de libération et une relève formée. Le mouvement du personnel demeure toutefois un facteur déterminant qui explique la non-atteinte de l'engagement. Le nombre important de nouvelles embauches et de départs chaque mois permet difficilement d'avoir un pourcentage juste et stable dans le temps. Il est également important de tenir compte de la difficulté à libérer le personnel en action sur le terrain.

Au cours de l'année, la plateforme de l'ENA (formation continue partagée) a connu divers enjeux techniques. Certains participants n'ont donc pas été en mesure de compléter leur formation et d'obtenir leur attestation.

Afin d'augmenter la performance de cet indicateur, les mesures correctrices suivantes ont été mises en place :

- Des communications officielles internes ont été réalisées;
- Une nouvelle page dans notre intranet porte exclusivement sur la sécurisation culturelle;
- Un service d'accompagnement a été rendu disponible dans le but de soutenir les apprenants qui rencontrent des difficultés avec la plateforme afin de favoriser la persévérance et la réussite de nos employés.

ENJEU 2 – UNE POPULATION EN SANTÉ ÊTRE PROACTIF ET AGIR DE FAÇON PRÉVENTIVE

Indicateur	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
1.01.41 PS Proportion des élèves de 3 ^e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète	79,3	N/A	82,6	78
1.09.33.01 PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	85,7	90	68,2	85

1.01.41-PS Proportion des élèves de 3^e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète

Avec un résultat de 82,6 % au 31 mars 2024, la proportion des élèves de 3^e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète atteint la cible fixée à 78 % pour l'année 2023-2024.

La mobilisation autour de la rougeole a contribué à augmenter le nombre d'activités de vaccination dans les milieux scolaires et les points de service locaux (en débutant par les milieux les plus vulnérables).

1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours

Le pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours est de 68,2 % pour l'année 2023-2024. L'indicateur n'atteint pas la cible de 85 % établie par le MSSS. Par ailleurs, sa performance s'est détériorée de 20,42 % comparativement à l'année précédente (85,7 %).

La baisse de performance de cet indicateur s'explique notamment par des erreurs d'encodage dans le système de données. En effet, certaines chirurgies ont par mégarde été encodées comme des chirurgies oncologiques, et il n'a pas été possible de corriger ces erreurs a posteriori. Par ailleurs, il arrive que des rendez-vous soient attribués à des usagers qui ne sont pas disponibles pour la chirurgie (condition médicale ou personnelle).

Au cours de la prochaine année, les méthodes d'encodage seront révisées pour les chirurgies oncologiques et les non-disponibilités médicales et personnelles des usagers seront identifiées dans le système, afin d'éviter d'octroyer des rendez-vous à ces usagers.

ENJEU 3 – UN ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES EN TEMPS OPPORTUN OFFRIR UNE EXPÉRIENCE PATIENT AXÉE SUR L'ACCESSIBILITÉ ET LA QUALITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt	700	585	750	731
1.06.06-PS Pourcentage des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur de 14 jours	61,48	N/A	60,29	68
1.08.17-PS Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits	N/D	N/A	37,62	50
1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	35 149	32 369	35 234	35 052
1.03.25-PS Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile	1 997	N/A	2 387	1 734
1.03.05.05-PS Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile	3 350 751	2 258 831	3 757 726	3 446 970
1.09.54-PS Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales	N/D	N/A	37,42	20
7.04.06-PS Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais prescrits selon la priorisation	66,91	N/A	63,87	66
1.09.58-PS Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne	84,81	N/A	89,14	89
1.09.16.01-PS Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle	121,29	N/A	115,98	110
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour sur civière	8,71	7,4	9,07	8,4
1.09.56-PS Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisée dont les délais d'attente prévus sont dépassés	57,68	N/A	60,66	50
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an	2	0	0	0

1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt

Au cours de l'année 2023-2024, 750 enfants ont complété un dépistage via la plateforme Agir tôt, soit 19 de plus que l'engagement du MSSS fixé à 731. Ce chiffre représente une amélioration de 7,14 % comparativement à l'année 2022-2023 (700 enfants).

La plateforme Agir tôt est un outil pour dépister, mais son utilisation n'est pas obligatoire. Cette dernière ne convient pas à toutes les situations (ex : certaines familles vulnérables ou immigrantes) et bon nombre d'enfants orientés vers nos services pour des préoccupations développementales font l'objet d'un dépistage sans recourir à la plateforme. Ainsi, 585 enfants dont la situation ne nécessitait pas l'utilisation de la plateforme s'ajoutent aux 750 considérés dans l'indicateur du MSSS.

1.06.06-PS Pourcentage des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur de 14 jours

Avec un résultat de 60,29 %, la cible de 68 % n'est pas atteinte pour l'indicateur 1.06.06. Par ailleurs, cet indicateur voit sa performance légèrement diminuer par rapport à l'année précédente (61,48 %).

D'abord, la priorisation des dossiers est définie selon différents critères (âge de l'enfant, problématique, facteurs de risque, etc.). La cible de 14 jours n'est donc pas l'unique critère de priorisation. Ensuite, malgré un travail actif et continu de la part des équipes pour réduire les délais d'attente, l'augmentation du nombre d'évaluations à réaliser a eu un impact sur la charge de travail des intervenants au cours de la dernière année. Aussi, la pénurie de main-d'œuvre qui se vit dans le réseau de la santé et des services sociaux a limité la capacité d'attribution des situations. En moyenne, cette pénurie a représenté 15 équivalents temps plein (ETC) de moins que le plan de poste projeté de 89 ETC. Dans le même ordre d'idée, le taux élevé de roulement de personnel en protection de la jeunesse a eu un impact négatif sur le niveau de performance clinique. Bien que l'intégration et l'accompagnement du nouveau personnel soient essentiels pour assurer la rétention et permettre l'adaptation, le temps nécessaire à l'intégration et l'appropriation limite la capacité d'attribution. Les délais judiciaires dans la région de la Capitale-Nationale demeurent également un enjeu important qui complexifie et prolonge les durées d'intervention à l'étape évaluation-orientation. Le personnel fait face à des délais d'attente importants pouvant aller jusqu'à plusieurs mois avant d'obtenir une date de comparution au tribunal. Ainsi, la capacité des intervenants à évaluer de nouvelles situations a continué d'être affectée au cours de l'année 2023-2024. Enfin, le contexte précaire du secteur de l'application des mesures (AM) limitant la prise en charge rapide des situations familiales s'est également poursuivi. Cela a eu comme effet de prolonger les interventions du secteur évaluation-orientation afin de soutenir les intervenants du secteur AM.

Diverses actions se sont poursuivies afin de diminuer le nombre d'évaluations à réaliser tout en assurant une priorisation adéquate des situations nécessitant des interventions plus rapides. Par exemple, des blitz de rédaction et d'intervention de soir et de fin de semaine dans des dossiers en liste d'attente ont été effectués. Cela a permis de réduire le nombre de dossiers en attente, mais également de mieux contrôler le délai des premières interventions à l'évaluation.

1.08.17-PS Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits

Avec un résultat de 37,62 % pour l'année 2023-2024, la proportion des usagers ayant reçus des soins et des services en santé mentale dans les délais prescrits n'atteint pas la cible établie à 50 %.

Le présent indicateur se mesure par le biais du cumul de 5 indicateurs, dont les 3 suivants qui n'atteignent pas la cible :

7.04.07 – Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service ambulatoire de santé mentale en CLSC dans un délai de 30 jours ou moins (Résultat : 39 %)

À la suite des modifications de code d'interventions et des méthodes de calcul du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'organisation actuelle des portes d'entrée du CIUSSS de la Capitale-Nationale (accès intégré et harmonisé [AIH]) et la trajectoire des demandes au sein de l'équipe de coordination en 1^{re} ligne santé mentale adulte ne permettent pas d'avoir la pleine reconnaissance des activités cliniques réalisées rapidement dans le processus de demandes des usagers.

D'autres codes d'interventions ont été introduits afin de rendre compte du travail de l'équipe de coordination des demandes en santé mentale 1^{re} ligne. Grâce à ces changements, les interventions réalisées seront considérées dans les indicateurs ministériels. Aussi, le démarrage de l'équipe ELAN, qui offre 1 à 3 rencontres avec l'utilisateur lors de son processus d'accès en 1^{re} ligne santé mentale adulte, permettra aux interventions d'être encodées dès la première rencontre avec l'utilisateur. Finalement, un projet sur la révision du mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) est en cours.

1.08.19 – Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service spécialisé en santé mentale dans un délai de 30 jours ou moins (Résultat : 34 %)

Actuellement, il n'existe aucun processus d'évaluation de pertinence des demandes d'accès aux services spécialisés. Le processus actuel n'a pas été en mesure de répondre efficacement à l'augmentation des demandes dans les délais.

Un projet de révision du mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) devrait permettre de réduire le nombre de demandes d'accès aux services spécialisés. De plus, la révision des charges de cas des psychiatres en clinique externe devrait permettre d'optimiser la prise en charge. Aussi, l'optimisation du rôle des infirmières et des travailleurs sociaux (TS) en clinique externe pour assurer la pertinence des activités médicales doit avoir pour effet d'augmenter l'efficacité du travail et la rapidité de prise en charge.

1.09.53 – Pourcentage d'usagers admis en psychiatrie dont la durée de séjour à l'urgence est de 24 heures ou moins (Résultat : 9,8 %)

Voici les facteurs qui expliquent la longueur des séjours à l'urgence pour les usagers admis en psychiatrie :

- L'augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) dans certains secteurs en soins aigus comparativement à l'an passé, en raison d'une plus grande complexité des besoins. Nos installations et notre offre de service ne sont pas aussi bien adaptés pour la clientèle vieillissante qui présente souvent de multiples pathologies et comorbidités;

- L'augmentation du taux d'occupation des lits utilisés par des usagers en niveaux de soins alternatifs (NSA) (13 % à la P13). Par ailleurs, il y a eu de nombreuses fermetures de places en résidences d'assistance continue (RAC) et ressources intermédiaires (RI) et les nouveaux appels d'offres ne trouvent souvent pas preneur;
- L'augmentation du nombre de personnes en détention (63 usagers en P13, ce qui représente une augmentation de 30 % en 2023-2024). Le projet national de hiérarchisation des services en psychiatrie légale devrait faire augmenter encore ces chiffres.

Afin d'augmenter le nombre de lits disponibles dans les hôpitaux, plusieurs mesures correctrices ont été mises en place, dont :

- Le déploiement d'un outil numérique de suivi des hospitalisations pour les lits en soins aigus et des principes directeurs du Suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés (SSPPCC);
- La reprise des réflexions à l'égard du suivi systématique de la clientèle et d'un plan de cheminement clinique pour une meilleure coordination de la trajectoire d'hospitalisation de l'usager;
- Des travaux sur la gestion des départs avant 11 h;
- La mise en place d'une trajectoire de réorientation avec l'équipe d'accompagnement bref en communauté (ABC), qui se déplace dans le milieu de vie de la personne;
- La création d'unités d'interventions brèves;
- L'optimisation des contrats avec les ressources intermédiaires (RI) afin d'augmenter le nombre de lits disponibles.

1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile

L'indicateur portant sur le nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile atteint sa cible annuelle de 35 052 personnes. En effet, 35 234 personnes ont reçus des services de soutien à domicile en 2023-2024, ce qui représente une augmentation de 0,24 % comparativement à l'année précédente (35 149 personnes).

Malgré l'augmentation des demandes de la population et les enjeux notables en ce qui a trait à la main-d'œuvre, nous observons une grande stabilité dans nos quatre réseaux locaux de services en termes de prise en charge.

1.03.25-PS Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile

Au 31 mars 2024, 2 387 personnes étaient en attente d'un premier service de soutien à domicile. La cible de 1 734 personnes pour l'année 2023-2024 n'est pas atteinte et la performance de cet indicateur a diminué de 19,53 % par rapport à l'année dernière (1 997 personnes).

La cible pour le nombre de personnes en attente d'un premier service en soutien à domicile n'est pas atteinte pour différentes raisons. Premièrement, les équipes du soutien à domicile ont pris en charge plus de 18 200 demandes qui n'apparaissent pas dans les listes d'attente dans un délai de moins de 48 heures, que ce soit pour un premier service ou pas. Deuxièmement, c'est un peu plus de 184 000 heures de services budgétées qui n'ont pu être rendues à cause du manque de main-d'œuvre sur les remplacements et la dotation des postes disponibles. Troisièmement, dans le but de maintenir nos usagers à domicile le plus longtemps possible, il y a eu une forte intensification des services au soutien à domicile pour des usagers avec complexité, ce qui allonge la durée de prise en charge des usagers. Tous ces facteurs rassemblés expliquent les délais de prise en charge dont la priorité est de plus d'un mois tant pour ceux en attente d'un premier service que pour les usagers déjà connus.

Afin de diminuer le temps d'attente des usagers pour un premier service au soutien à domicile, les demandes des usagers en attente d'un premier service sont regroupées distinctement de celles pour des usagers déjà connus. Par ailleurs, le projet V-SAD+ permettra une diminution des tâches à non-valeur ajoutée et des tâches administratives, permettant ainsi de redonner du temps clinique à nos intervenants auprès des usagers et favorisant ainsi une augmentation de la prise en charge d'usagers en attente. Également, une révision des standards de pratique au soutien à domicile avec une attention particulière sur les révisions des charges de cas des intervenants sera optimisée. Finalement, un guide d'accueil et d'intégration pour le personnel paraîtra en mai 2024, favorisant de meilleures pratiques dans le but d'augmenter la rétention du nouveau personnel au sein de notre direction.

1.03.05.05-PS Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile

Avec un résultat de 3 757 726 heures pour l'année 2023-2024, l'indicateur sur le nombre total d'heures de service de soutien à domicile dépasse de 9 % la cible fixée à 3 446 970 heures. Par ailleurs, sa performance a augmenté de 12,15 % par rapport à l'année dernière (3 350 751 heures).

La pression démographique liée au vieillissement de la population est extrêmement forte sur les équipes offrant du soutien à domicile. Afin de permettre ce niveau d'augmentation d'heures, l'utilisation accrue de différentes modalités d'aide à domicile a été nécessaire. Cela a entraîné la mise à contribution des résidences pour personnes âgées dans la dispensation d'aide à domicile, balisée par un cadre de référence et la hausse importante des heures en modalité du chèque emploi-service pour la clientèle de soutien à l'autonomie des personnes âgées.

1.09.54-PS Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales

Avec un résultat de 37,42 % au 31 mars 2024, le pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales atteint la cible annuelle de 20 % établie par le MSSS.

La mesure incitative liée à la lettre d'entente 368 entre le ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) explique probablement en grande partie l'augmentation de l'offre de rendez-vous en 36 heures dans les cliniques médicales. Il est attendu que ce pourcentage diminue à partir du 1^{er} juin 2024, si l'entente avec la FMOQ n'est pas renouvelée.

7.04.06-PS Pourcentage d'utilisateurs ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais prescrits selon la priorisation

Pour l'année 2023-2024, le pourcentage d'utilisateurs ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation est de 63,87 %. L'indicateur n'atteint pas la cible fixée à 66 %, mais l'écart n'est pas significatif.

Une augmentation considérable de la complexité des situations référées vers le service de consultation sociale est remarquée, tout comme une forte augmentation des demandes pour des situations d'adaptation et d'intégration de clientèles en contexte migratoire sur l'ensemble du territoire, ce qui a un impact sur la durée des suivis qui vont au-delà du nombre de séances prévues au cadre de référence. Cela s'explique, entre autres, en raison de la grande vulnérabilité de la clientèle, aux multiples démarches liées à l'intégration ainsi qu'au recours à des interprètes.

Une augmentation de la prévalence du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et de l'augmentation des dépistages des enfants avec une suspicion de ce trouble est notée dans le programme Agir tôt. Ainsi, beaucoup d'utilisateurs en attente se retrouvent dans le volet déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DITSA) pour les 6-17 ans, ce qui augmente considérablement les délais pour cette clientèle. La complexité des clientèles ainsi que la concomitance avec des troubles de santé mentale requièrent une approche interdisciplinaire et inter directions, ce qui augmente la durée de suivi. En jeunesse, une augmentation significative du volume des demandes et de la complexité des situations est constatée. De plus, la multiplicité des systèmes amène une perte de temps d'intervention.

Une répartition des effectifs sur le territoire pour permettre de répondre en proximité et en cohérence avec les habitudes de consommation de services par la population est en cours. Par ailleurs, des travaux sont réalisés en gestion des effectifs pour assurer un suivi proactif de l'assurance-salaire et identifier des actions pouvant être mises de l'avant pour prévenir les départs potentiellement liés au travail. De plus, une révision des processus d'accueil et d'intégration est en cours pour favoriser la rétention, ainsi qu'une réflexion sur les titres d'emplois en fonction des compétences requises pour augmenter les chances de couvrir la totalité des assignations.

Un projet sur la révision du mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) a débuté. Diverses modalités de groupe ont été mises en place dans les volets déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DITSA) pour un premier service prioritaire favorisant une prise en charge plus rapide, impliquant :

- La révision systématique des charges de cas effectuée aux quatre mois;
- La bonification des modalités de coaching parental;
- La complémentarité de services avec l'équipe du soutien à domicile (SAD) intensif;
- Le rehaussement de la coordination et du soutien clinique aux intervenants.

Au cours de l'année 2023-2024, un mécanisme d'accès dont l'objectif est d'offrir une première intervention significative à l'utilisateur dans les délais prescrits a été mis en place pour la clientèle en jeunesse. L'offre de service par la bonification de l'intervention de groupe et l'intégration du modèle de soins par étapes du plan québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) a été diversifiée. Des travaux afin de mieux hiérarchiser l'offre de services en santé mentale dès l'arrivée au mécanisme d'accès ont débuté. Un plan de rattrapage des listes d'attente en santé mentale sera également déployé. En orthophonie, des éducateurs spécialisés pour soutenir les interventions de stimulation du langage et le déploiement du programme Mots d'enfants ont été ajoutés.

1.09.58-PS Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne

Le pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne était de 89,14 % au 31 mars 2024, ce qui représente une amélioration de 5,11 % par rapport à l'année dernière (84,81 %). L'indicateur atteint la cible annuelle fixée à 89 % par le MSSS.

Les médecins de la région de la Capitale-Nationale ont adhéré en grand nombre à la mesure sur les inscriptions collectives (patient attiré à une équipe de soins de première ligne) liée à la lettre d'entente 368 entre le ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). C'est donc 169 000 patients de la région qui ont obtenu une inscription collective, sur une cible initiale de 57 000 patients. Il est attendu que ce pourcentage diminue à partir du 1^{er} juin 2024, si l'entente avec la FMOQ n'est pas renouvelée.

1.09.16.01-PS Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle

Pour l'année 2023-2024, le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour toute la clientèle est de 115,98 minutes. L'indicateur n'atteint pas la cible fixée à 110 minutes, mais l'écart n'est pas significatif. La performance de cet indicateur s'est améliorée de 4,38 % comparativement à l'année 2022-2023 (121,29 minutes).

De nombreux facteurs expliquent les délais de prise en charge et d'occupation sur civière à l'urgence à l'urgence, notamment :

- La présence d'un seul médecin par quart de travail pour les urgences ouvertes 24 heures allonge le délai de prise en charge pour répondre à la fois aux patients sur civière et à ceux de l'ambulatoire;
- L'augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus se poursuit et apporte toujours cette même complexité et lourdeur à l'évaluation pour les médecins;
- L'augmentation du taux d'occupation des civières, qui est en croissance depuis les 5 dernières années;
- L'augmentation des 24 et 48 heures des patients sur civière, qui a un impact sur l'activité médicale puisque le médecin de l'urgence demeure responsable du patient jusqu'à son départ.

Il est important de considérer que l'accès aux laboratoires et aux examens diagnostiques n'est pas 24 heures et cela requiert, pour certaines urgences, de transférer les échantillons de laboratoire pour analyse et les examens diagnostiques qui peuvent attendre au lendemain matin.

Des négociations ont été amorcées avec nos collaborateurs externes afin de maintenir des laboratoires ouverts pendant la nuit. Par ailleurs, des travaux multi directions sont en cours pour amener des pistes de réflexions dans le but d'améliorer la fluidité dans la trajectoire de soins des patients. Le projet SSPPCC (suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés) verra le jour à l'Hôpital de La Malbaie en 2024-2025.

Nous aimerions développer de l'hospitalisation de courte durée dans la région de Portneuf afin de permettre aux usagers d'obtenir des services de proximité. Nous croyons que ce projet pourrait faciliter la fluidité des patients de l'urgence dont le besoin requiert une courte hospitalisation.

1.09.01-PS Durée moyenne de séjour sur civière

Pour l'année 2023-2024, la durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence est de 9,07 heures pour la même année. L'indicateur n'atteint pas la cible fixée à 8,4 heures, mais l'écart n'est pas significatif. La performance de cet indicateur a diminué de 3,67 % par rapport à l'année précédente (8,71 heures).

La fermeture de huit lits à l'Hôpital de La Malbaie pour l'ensemble de l'année et de quatre lits à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul (3 soins inter et 1 courte durée) jusqu'au 24 septembre a impacté la fluidité dans la trajectoire de soins et congestionne particulièrement pour les urgences de Charlevoix. La réduction du nombre de lits disponibles a fait augmenter les délais entre l'admission à l'urgence et l'hospitalisation, allongeant par le fait même la durée de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence.

La fluidité dans les trajectoires est plus difficile, particulièrement pour les patients sans critère de soins dont le retour à domicile n'est plus possible ou encore ceux en niveaux de soins alternatifs (NSA) vers les CHSLD, ressources intermédiaires et résidences pour aînés (RPA). Le débordement a un effet direct sur la durée moyenne sur civière et pénalise la performance intra urgence.

1.09.56-PS Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisée dont les délais d'attente prévus sont dépassés

Pour l'année 2023-2024, le pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisée dont les délais d'attente prévus sont dépassés n'atteint pas la cible (50 %). Par ailleurs, la performance de cet indicateur a diminué de 5,17 % comparativement à l'année précédente (57,68 %).

Nous observons, à pareille date, une augmentation de 10 % du nombre de demandes en attente par rapport à l'année passée. Il importe de souligner que l'offre de service du centre de répartition des services (CRDS) représente une faible proportion de la prise en charge des rendez-vous pour l'ensemble des spécialités. L'offre en médecine spécialisée doit aussi répondre aux demandes provenant d'autres spécialistes ou de l'urgence (donc hors CRDS) en plus d'assumer leur propre suivi, ce qui représente un grand défi dans la mesure où bon nombre de ressources sont restreintes, voire inexistantes (spécialistes, infirmières, soutien médical et administratif). Ces facteurs exercent une influence majeure sur la diminution de l'offre de service au CRDS.

La plus grande facilité d'accès aux chirurgies se répercute sur l'offre de service du CRDS pour les rencontres préopératoires, la chirurgie en tant que telle ainsi que pour les consultations postopératoires, qui sont priorisées. Parallèlement, l'augmentation de la population vieillissante entraîne une augmentation du nombre de services sollicités, ce qui a un impact sur les délais de prise en charge. Le pourcentage d'usagers qui ne se présentent pas à leur rendez-vous influence également les délais de prise en charge. En effet, lorsqu'un patient ne se présente pas au moment convenu, un nouveau rendez-vous doit être attribué, ce qui diminue l'efficacité du processus. Aussi, les demandes provenant d'autres régions sont, pour la plupart d'entre elles, hors délai dès la réception. En date du 17 mai 2024, 14 490 demandes sur les 105 846 demandes totales provenaient de l'extérieur de la région de la Capitale-Nationale. Finalement, on compte 39 601 demandes en spécialité E sur les 69 854 demandes totales qui sont hors délais, soit 57 %. Cette réalité influence notre performance puisque ces demandes sont uniquement traitées une fois que les spécialités n'ont plus de priorités plus urgentes.

Afin de favoriser une amélioration, certaines mesures ont été mises en place :

- La poursuite de l'épuration administrative ainsi que la possibilité d'une épuration clinique proposée par le ministère dans certaines spécialités;
- L'implantation d'un rappel automatique des rendez-vous au CHU qui aura lieu en juin 2024 dans le but de diminuer l'absence des patients au rendez-vous;
- L'amélioration du service à la clientèle auprès des patients dans les centres hospitaliers afin d'annuler ou reporter leur rendez-vous, s'il y a lieu;
- Une cogestion entre les établissements et les régions pour éviter les dédoublements de demandes de service en attente;
- La poursuite d'un travail conjoint avec les spécialités pour améliorer l'accès, notamment en instaurant un comité de travail comprenant la première ligne et les services spécialisés pour certaines spécialités en besoin;
- L'identification des enjeux qui sont des bloquants par rapport à l'accès et favoriser une meilleure prise en charge;
- Une plus grande utilisation du conseil numérique et la poursuite des consultations téléphoniques;
- L'implantation de la plateforme SAFIR Web, qui favorisera une meilleure gestion de la liste d'attente.

1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an

Au 31 mars 2024, aucune demande de chirurgie n'était en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies, soit deux de moins que l'année dernière à la même période (2). Cet indicateur atteint la cible fixée à 0 par le MSSS. Des suivis rigoureux des listes d'attentes en comité de vigie ainsi que des actions du chef de service auprès du médecin responsable en spécialités afin de planifier la présence des spécialistes en entente 108 en lien avec l'état de la liste d'attente ont permis d'atteindre la cible de 0 chirurgie en attente.

5

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

5.1 L'AGRÉMENT

En mai 2023, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale a été évalué par Agrément Canada pour les services de la séquence 4, couvrant la déficience physique, intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme, et a obtenu une note de 92,8 %. Pendant cette même visite, l'établissement a ouvert ses portes aux auditeurs pour évaluer les services de la séquence 5, couvrant le soutien à l'autonomie des personnes âgées. L'établissement a obtenu une note de 96,9 %.

À l'issue de cette visite, l'établissement a obtenu la mention agréée par Agrément Canada à la suite du cycle 1 d'évaluation. Cette reconnaissance confirme l'engagement de tout le personnel envers la qualité et la sécurité des soins et des services.

5.2 LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Afin de promouvoir la déclaration, la divulgation et la prévention des incidents et des accidents, plusieurs activités ont été réalisées en 2023-2024. D'abord, l'équipe de la gestion des risques a effectué 221 analyses d'événements survenus au cours de la prestation de services. De celles-ci, un examen plus approfondi de 47 chutes survenues à l'intérieur du continuum SAPA a permis d'établir des recommandations transversales visant l'amélioration continue spécifique à ce type d'événement. D'autres actions ont été menées auprès des ressources intermédiaires et de type familial. Soulignons l'effort particulier consacré à la formation des employés travaillant dans ces milieux de vie afin d'augmenter la culture de sécurité. En outre, un projet de déclarations téléphoniques a brillamment été actualisé à la DDITSADP afin de faciliter la déclaration et d'accélérer son traitement. Enfin, un soutien singulier au projet novateur des maisons des aînés et des maisons alternatives a été déployé pour cerner et suivre les risques en vue de leur ouverture.

Principales actions menées par le comité de gestion des risques au cours de l'année 2023-2024

- Le comité de gestion des risques a ciblé certaines priorités pour 2023-2024, notamment la culture de sécurité, la prévention et le contrôle des infections, la prévention du suicide et le suivi des travaux réalisés en prévention des principaux événements qui surviennent, soit la prévention des chutes et des erreurs de médicaments.
- Le comité de gestion de risques a pris connaissance des activités réalisées par les différents sous-comités de gestion des risques et s'est assuré de l'avancement des plans d'action liés à la sécurité des usagers. Il a également été impliqué suivant l'analyse de certains événements survenus en cours d'année dont ont émané certains constats et recommandations.
- Le comité de gestion des risques a analysé les quatre rapports trimestriels de la qualité et de la gestion des risques en vue d'assurer la sécurité des usagers et de prévenir la récurrence.

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2023 ET LE 31 MARS 2024 (INDICE DE GRAVITÉ A ET B)

	Médication	Diète	Traitements	TOTAL 3 principaux types d'incidents	TOTAL Tous les types d'incidents
Incidents	1 953	552	538	3043	4180
Pourcentage du total des INCIDENTS	46,7	13,2	12,9	72,8	
Pourcentage du total des ÉVÉNEMENTS	5,7	1,6	1,6	8,9	12,2

Source : Système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS), 22 avril 2024

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2023 ET LE 31 MARS 2024 (INDICE DE GRAVITÉ C À I)

	Chute	Médication	Autres	TOTAL 3 principaux types d'accidents	TOTAL Tous les types d'accidents
Accidents	13 571	6 675	5 859	26 105	30 177
Pourcentage du total des ACCIDENTS	45,0	22,1	19,7	86,5	
Pourcentage du total des ÉVÉNEMENTS	39,5	19,4	17,1	76,0	87,8

Source : Système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS), 22 avril 2024

5.2.1 MESURES DE CONTRÔLE

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

- Déploiement des indicateurs dans le Service de l'intelligence des données et du développement de solutions informationnelles.
- Projet pilote afin de pallier les difficultés d'application du protocole et des procédures sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle dans les résidences à assistance continue et dans les unités de réadaptation comportementale intensive de la Direction des programmes Déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme, et Déficience physique (DDITSADP).
- Mise à jour du protocole et de la procédure DDITSADP à la suite du bilan du projet pilote.
- Révision et déploiement de l'ensemble des formulaires.
- Adoption et diffusion de la procédure en cas de dérogation au protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.
- Travaux de clarification et de validation en vue de l'élaboration de la procédure du Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.
- Rédaction de l'entente et élaboration d'une trajectoire et création d'outils pour clarifier le partage des rôles et responsabilités entre les transporteurs scolaires, les centres de services scolaires et le CIUSSS lors de l'utilisation de mesures de contrôle en transport scolaire.
- Élaboration d'une grille d'audit pour apprécier la pratique clinique en contexte d'intervention planifiée.
- Recommandations pour la mise en place d'une structure de vigie dans chaque direction clinique.

5.2.2 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Le Service de prévention et contrôle des infections (PCI) a accompagné les équipes dans le retour à la normale post-pandémie au regard de la gestion des cas et des éclosions de virus respiratoires.

De plus, le Service PCI a intensifié son offre de service auprès des ressources privées dans la communauté en collaboration avec les partenaires.

Afin de déterminer les objectifs stratégiques du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales, ainsi que les priorités d'action, le comité stratégique s'est réuni à trois reprises. La table clinique en prévention et contrôle des infections, qui a pour mandat la planification et la programmation concertées des activités de PCI a tenu quatre rencontres.

Réalisations

- Accompagnement des équipes dans le retour à la normale post-pandémie au regard de la gestion des cas et des éclosions de virus respiratoires.
- Nomination de la cheffe de service PCI pour le volet communautaire.
- Intensification des actions reliées au déploiement de l'offre de service PCI auprès des ressources privées dans la communauté en collaboration avec les partenaires.

Priorités

- Réviser et diffuser le programme-cadre en PCI.
- Actualiser le déploiement de l'offre de service PCI en soutien aux ressources privées de la communauté et aux directions cliniques concernées.
- Assurer une représentation de la PCI au regard de la gestion des risques organisationnels.

Enjeu

La promotion et le maintien d'une culture de PCI dans l'organisation sont une responsabilité partagée et tous doivent s'impliquer dans la recherche de moyens et la mise en place de solutions.

NATURE DES CAS D'ÉCLOSION

	Éclosion			Cas positif - usager		
	Établissement public	Établissement privé conventionné avec entente de services	TOTAL	Établissement public	Établissement privé conventionné avec entente de services	TOTAL
COVID-19	126	35	161	811	277	1088
Autres virus respiratoires (ex. : influenza, entérovirus, rhinovirus)	202	68	270	878	303	1181
Gastro-entérite d'allure virale	28	17	45	217	117	334
TOTAL	356	120	476	1906	697	2603

Le tableau ci-dessus démontre que la majorité des cas d'éclosion sont attribués à des virus respiratoires autres que la COVID-19.

5.3

LE COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Au cours de l'année, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a formulé dix recommandations. De ce nombre, sept sont complétées et trois sont en cours d'implantation.

RECOMMANDATION	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
Savoir et innovation		
Applique une tenue de dossier du résident conforme au Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés.	✓	
Réalise le suivi post-chute selon la pratique attendue.	✓	
Complète le rapport d'accident en cas de chute et complète le registre.	✓	
Utilise un outil de suivi des soins d'assistance pour les préposés aux bénéficiaires pour vérifier si le soin a été fait ou non.	✓	
Démontre à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique et au Commissariat aux plaintes et à la qualité des services que les recommandations adressées ont été implantées de manière satisfaisante.	✓	
Efficience des ressources		
Respecte l'entente de collaboration en cours avec le soutien à domicile du CIUSSS de la Capitale-Nationale, incluant la réalisation de l'avis devant être transmis au CIUSSS en application de l'article 51, lorsque requis, et l'avis lors d'un changement de la condition de santé d'un résident, comme une chute.	✓	
S'assure, lorsqu'un résident présente des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD), qu'une approche adaptée est utilisée en tout temps, incluant la gestion des refus lors d'une opposition aux soins et le document au dossier.	✓	
Accessibilité des soins et des services		
S'assure que les critères d'admissibilité à l'unité prothétique permettent une cohabitation sécuritaire des résidents, tant physique que psychologique.		✓
S'assure que les critères d'admissibilité et d'exclusion à l'admission sont respectés lors du processus d'admission.		✓
Qualité et continuité des soins et services		
Prévoit des mécanismes de relocalisation lorsqu'un résident présente des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence et qu'il ne correspond plus aux critères d'admissibilité de l'unité prothétique, et ce, après s'être assurée que toutes les mesures favorisant son adaptation ont été réalisées.		✓

5.4

LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a formulé 15 recommandations s’adressant au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Toutes les mesures correctives en lien avec ces recommandations ont été réalisées.

RECOMMANDATION	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
DDITSADP		
Réévaluer la situation de l’usagère et se coordonner pour favoriser l’accès à une ressource résidentielle de proximité dans la région de la Capitale-Nationale, selon les résultats de cette évaluation et les ressources disponibles.	✓	
DQEPE		
À l’attention de la RI O’Jardin : Rappeler à ses employés les devoirs et les responsabilités énoncés au Code d’éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale.	✓	
À l’attention de la RI O’Jardin : Rappeler aux usagers et à leurs proches leurs responsabilités en matière de respect et de comportement, notamment par une mention explicite du Code d’éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale au guide d’accueil de la ressource.	✓	
S’assurer, lors des renouvellements des contrats avec les RI-RTF, que l’accès à Internet est inclus dans les services offerts gratuitement aux usagers, et ce, dans un objectif d’équité à l’ensemble des usagers hébergés.	✓	
Déterminer une solution afin que l’usager puisse maintenir son accès à Internet sans frais dans la ressource intermédiaire où il est hébergé.	✓	
Encadrer l’installation et l’utilisation de système de vidéosurveillance dans les chambres des usagers de la ressource.	✓	
Informers les résidents ou résidentes et leurs proches des conditions d’installation et d’utilisation du système de vidéosurveillance dans la ressource.	✓	
S’assurer de la connaissance et de l’application de la procédure de déclaration d’incident ou d’accident par tous les membres du personnel de la ressource.	✓	
S’assurer de la connaissance et de l’application des procédures à réaliser en cas de chutes par le personnel concerné de la ressource.	✓	

RECOMMANDATION	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
DSAPA-SAD, SGS ET SPFV		
Élaborer un plan d'intervention pour l'usagère une fois la période de convalescence terminée dans lequel seront détaillés les services d'assistance personnelle et d'aide aux activités de la vie domestique requis, de même que les modalités de services retenues.	✓	
Offrir les services d'aide domestique sans frais pour l'usagère suivant les orientations ministérielles sur la couverture publique des services de soutien à domicile pour les services prévus au plan d'intervention et en présence d'une incapacité.	✓	
DSMDI		
Réévaluer la procédure de l'urgence psychiatrique du CHUL de façon à diminuer le nombre d'options offertes pour ranger de façon sécuritaire les effets personnels des usagers.	✓	
Rappeler aux intervenants concernés de l'urgence psychiatrique du CHUL d'enclencher la procédure de réclamation lorsqu'un usager fait mention d'effets personnels perdus.	✓	
Rembourser à l'usagère les vêtements perdus. La somme totale sera partagée en parts égales entre le CIUSSS et le CHUL.	✓	
PDGA		
Former le personnel du CIUSSS aux principes de la <i>Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes</i> et de la Politique nationale pour les personnes proches aidantes, avec le soutien du Bureau du majeur inapte, si requis.	✓	

5.5 LES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Au cours de l'année, le coroner a formulé 10 recommandations s'adressant à l'établissement. De ce nombre, quatre d'entre elles ont été complétées et six sont en cours de réalisation.

RECOMMANDATION	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
DQEPE		
Étudier systématiquement les rapports d'investigation produits par le coroner lors de décès accidentels consécutifs à des chutes survenant chez des personnes âgées vivant dans la communauté qu'il sert afin de mieux connaître certains besoins non comblés relativement à la prévention des chutes et de leurs conséquences.		✓

Mesure corrective

RECOMMANDATION

Réalisée En cours

DSAPA – volet hébergement

Examiner de façon exhaustive le dossier médical de l'usager au dossier 2023-04582 afin de déterminer si un plan de communication efficient ne devrait pas être toujours établi lors du congé d'un patient en perte d'autonomie à risque élevé de chute et orienté vers un nouveau milieu de vie et, le cas échéant, de mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer l'échange d'informations entre tous les intervenants, et par conséquent, l'accès à des traitements adaptés pour des patients en de pareilles circonstances.

✓

DSM

Déployer dans les meilleurs délais les mécanismes de mise en œuvre préconisés dans sa Politique relative à la prévention et à la gestion des chutes et de leurs conséquences adoptées le 21 juin 2022 par son conseil d'administration, portée par la DSM et développée conjointement avec la DQEPE et la DSISP.

✓

DSMDI

Il est recommandé au CIUSSS de mettre en place les ressources pertinentes afin que leurs partenaires qui accueillent des usagers avec des troubles de santé mentale, liés à l'usage de substances ou présentant un potentiel suicidaire, comme les centres d'intervention en dépendance, aient accès aux soins et aux services pertinents pour leurs résidents.

✓

Il est recommandé au CIUSSS de rehausser et d'améliorer l'accès aux soins et services spécialisés pour les personnes avec un trouble de la personnalité afin de répondre en temps opportun aux besoins des usagers.

✓

Il est recommandé au CIUSSS de rehausser les soins et services dédiés aux usagers avec des troubles de santé mentale et des idées suicidaires à la suite d'un congé hospitalier, et ce, afin de mettre en place un suivi et donc un congé sécuritaire.

✓

Informier le personnel de l'établissement sur les rôles et responsabilités des représentants légaux et sur les mécanismes pour remédier à la situation lorsque ceux-ci ne s'acquittent pas de leur rôle adéquatement, avec le soutien du Bureau du majeur inapte, si requis.

✓

Il est recommandé au CIUSSS de revoir le processus d'admission et d'évaluation du CRDQ afin d'intervenir le plus promptement, de recueillir toute l'information pertinente à l'évaluation des besoins de ses usagers et ultimement d'offrir les meilleurs services le plus rapidement possible.

✓

Il est recommandé au CIUSSS d'optimiser le fonctionnement de son mécanisme d'accès aux services en santé mentale.

✓

DSPu

Faire connaître largement le Programme PAIR de même que l'ensemble de son continuum de services en prévention des chutes pour les aînés de la région de la Capitale-Nationale aux acteurs clés travaillant auprès des personnes âgées de la communauté, notamment les responsables des habitations collectives pour aînés (ex. : Office municipal d'habitation de Québec, organismes à but non lucratif d'habitation des aînés), les cliniciens de première ligne (ex. : groupes de médecine familiale, cliniques médicales) et les organismes communautaires rejoignant des personnes âgées et leurs proches.

✓

5.6

LES RECOMMANDATIONS ISSUES DES AUTRES INSTANCES

Médecin examinateur

Au cours de l'année, le médecin examinateur n'a formulé aucune recommandation à l'attention de l'établissement.

Comité de révision

Au cours de l'année, le Comité de révision a formulé deux recommandations s'adressant à l'établissement et la totalité des suivis a été complétée.

RECOMMANDATION	Mesure corrective	
	Réalisée	En cours
DRH		
Précise de façon très claire dans la Politique sur la promotion de la civilité et à la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail, ainsi que dans sa procédure d'application que lorsqu'une plainte est déposée contre un médecin à titre de gestionnaire, c'est le service de la qualité de vie au travail qui est compétent et non le médecin examinateur.	✓	
S'assurer que le médecin examinateur dispose des connaissances requises et du soutien nécessaire, le cas échéant, pour le traitement adéquat des plaintes dans le cadre de la Politique relative à la promotion de la civilité et à la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail.	✓	

Enquête administrative

Au cours de l'année financière 2023-2024, aucune recommandation n'a été formulée à l'établissement lors d'enquêtes administratives, et ce, afin d'améliorer la qualité des services aux usagers.

5.7

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

LES MISES SOUS GARDES EN ÉTABLISSEMENT ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2023 ET LE 31 MARS 2024

	IUSMQ	CHU-HEJ	CHU-HSS	CHU-CHUL	HBSP	HLM	TOTAL Mission CH
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	98	433	9	339	27	18	924
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	622
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	447	24	8	105	16	()	600
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	443
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	302	()	10	84	6	()	407

() : nombre trop petit pour en permettre la publication

5.8

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Commissariat aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'année 2023-2024, l'équipe du Commissariat a reçu 4 355 dossiers, qui se répartissent en 1 647 plaintes, 1 793 interventions, 734 assistances et 169 consultations. Le nombre de dossiers est similaire à l'année précédente, soit 10 dossiers en moins.

Malgré un nombre total de dossiers stable, cette année est marquée par une hausse de 40 % des signalements avec des motifs de maltraitance. Quant aux motifs de plainte, la qualité des soins et des services dispensés est prédominante.

La performance du Commissariat s'est améliorée, passant à 97 % des plaintes conclues à l'intérieur du délai de 45 jours, comparativement à 93 % l'année précédente. La moyenne provinciale se situe à 80,4 % des plaintes conclues en deçà de 45 jours. Le délai moyen d'examen d'une plainte, pour sa part, est de 20 jours comparé à 26 jours l'année précédente.

Cette année, le traitement des plaintes et des signalements a permis la mise en œuvre de 1 684 mesures correctives. Il y a eu 10 recommandations d'amélioration de la qualité des soins et des services. Le Commissariat poursuit sa philosophie afin de privilégier le type de mesures correctives plutôt que d'imposer des recommandations. Les mesures d'amélioration sont appliquées rapidement et les résultats sont constatés dans l'immédiat suivant l'action posée. Le nombre de dossiers de plaintes portées à l'attention du Protecteur du citoyen est en légère hausse, soit de 4 % comparativement à 3 % à l'exercice précédent.

Médecin examinateur

Au cours de l'année 2023-2024, les médecins examinateurs ont examiné 62 dossiers. Le traitement de 87 % des dossiers a été complété à l'intérieur du délai prescrit par le législateur. La moyenne provinciale se situe à 71 % des plaintes médicales conclues en deçà de 45 jours.

Cette année, le traitement des plaintes médicales a permis la mise en œuvre de 5 mesures correctives dont l'application est possible grâce à l'engagement des médecins et des gestionnaires. L'examen des plaintes a également mené à la formulation de 2 recommandations. Durant le présent exercice, deux dossiers ont été transmis pour leur étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cette fin par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Comité de révision

Au cours de l'année 2023-2024, le comité de révision a reçu 2 demandes de révision et a émis deux recommandations durant l'exercice en cours.

Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services pour l'exercice 2023-2024 est disponible sur le site Internet de l'établissement à ciuss-capitalnationale.gouv.qc.ca/services/commentaires-plaintes/plaintes.

5.9

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Le Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique (BPUE) a pour mandat de s'assurer qu'au sein du CIUSSS, tous prennent en considération le vécu, les perceptions et les savoirs de l'utilisateur dans le respect des principes et des conduites éthiques. Le BPUE veille à ce que les meilleures pratiques au regard de l'approche usager partenaire, l'évaluation de l'expérience des usagers et la collaboration avec les comités des usagers s'actualisent au sein de toutes les directions de l'établissement.

Cette année, il y a eu 219 nouvelles demandes de soutien au BPUE pour l'actualisation du partenariat avec l'utilisateur au sein du CIUSSS. L'implication de 62 usagers partenaires au sein de 35 projets d'amélioration continue ainsi que celle de plusieurs membres des comités des usagers et des comités de résidents dans plus d'une trentaine de projets d'établissement confirment l'importance pour l'organisation d'intégrer les réalités vécues et les attentes des usagers dans les réflexions et décisions liées à l'amélioration des soins et services.

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

Les démarches d'évaluation de l'expérience des usagers concernant les soins et services reçus ont aussi permis à 1393 personnes de s'exprimer et de proposer diverses pistes d'amélioration. Dans le cadre des grandes démarches d'évaluation de l'expérience de l'ensemble des usagers au sein d'une direction, une fiche synthèse des résultats est également élaborée, remise aux directions et déposée au CUCI. Pour toutes ces démarches d'évaluation, un plan d'action découlant des pistes d'amélioration suggérées a été ou sera élaboré en concertation avec le ou les comités des usagers ou comités de résidents concernés.

À la demande du MSSS, le CIUSSS, tout comme les autres établissements publics de santé et de services sociaux, a introduit une mesure d'évaluation en continu de l'expérience des usagers ou usagères. Depuis janvier 2024, les gens ayant reçu des services en santé mentale ou des services concernant une grossesse, un accouchement ou un suivi postnatal sont sondés. Des démarches sont en cours pour cibler d'autres secteurs.

Ces différentes modalités ont ainsi permis d'informer les directions des points forts et des pistes d'amélioration exprimés par les usagers de manière à guider leurs actions pour assurer des soins et des services sécuritaires et de qualité en tout respect des droits.

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

La *Loi concernant les soins de fin de vie* adoptée depuis 2015 a pour but d'assurer aux personnes en soins palliatifs et en fin de vie (SPFV), des soins respectueux de leur dignité, de leur volonté et de leur autonomie. Elle précise les droits de ces personnes en assurant que chacune a accès à des soins, des services de qualité, sécuritaires et adaptés à leurs besoins pour prévenir et apaiser leurs souffrances tout au long du continuum de soins. La loi fait également mention des exigences particulières relatives à certains soins de fin de vie, notamment l'aide médicale à mourir (AMM), les directives médicales anticipées (DMA) et la sédation palliative continue (SPC).

L'année 2023-2024 a été marquée par d'importants changements législatifs relatifs à l'AMM. Le 7 juin 2023, l'Assemblée nationale du Québec a adopté une loi modifiant la législation sur les soins de fin de vie, introduisant les modifications suivantes :

- Depuis le 7 décembre 2023, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) peuvent offrir l'ensemble des soins de fin de vie, y compris l'AMM.
- Les maisons de soins palliatifs et les hôpitaux privés ne peuvent plus exclure l'AMM de leur gamme de soins.
- Depuis le 7 mars 2024, les personnes souffrant d'une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes sont éligibles à l'AMM, sous réserve de remplir toutes les autres conditions stipulées par la loi et le Code criminel.

Le MSSS a publié un plan d'action afin de soutenir les priorités des établissements dans le développement stratégique 2020-2025 pour un accès équitable à des SPFV de qualité et pour lequel des actions sont en cours.

Réalisations

- Animation du comité tactique régional, incluant les partenaires du CHU de Québec, de l'IUCPQ et des maisons de SPFV (trois rencontres).
- Modification de la structure de gouvernance collaborative des soins palliatifs pour la région afin d'ajouter des comités opérationnels pour les trois missions de la DSAPA (Volets SAD, SGS, incluant les lits de l'IUSMQ et de Charlevoix, et milieux d'hébergement).
- Mise en place de rencontres statutaires en cogestion médicale.
- Consolidation du premier centre de jour au CIUSSS en SPFV.
- Titularisation d'une conseillère cadre à l'offre de service dédiée au dossier des SPFV pour le continuum régional.
- Reconnaissance et soutien des personnes proches aidantes (PPA) par l'actualisation d'une procédure pour l'attribution du budget alloué aux PPA dans le cadre du programme de soutien aux PPA en SPFV.
- Révision du formulaire de repérage et de dépistage des besoins des PPA d'ânés.
- Accompagnement des usagers et des PPA dans le processus de l'AMM.
- Harmonisation des gardes infirmières 24/7 à domicile.

- Amélioration de la fluidité lors des transferts entre les hôpitaux du CHU de Québec et le domicile par la réalisation d'audits.
- Nomination d'une nouvelle chargée de projet clinique pour coordonner le Plan d'action 2020-2025 pour un accès équitable à des SPFV de qualité qui soutiendra tous les établissements du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) de l'Université Laval.
- Élaboration d'une procédure pour dédier des lits communautaires spécifiques pour l'administration de l'aide médicale à mourir (deux lits disponibles).
- Partenariat avec la Maison Michel-Sarazin pour établir une offre de services tripartite de répit à domicile en collaboration avec le MSSS et le CISSS de Chaudière-Appalaches.
- Partenariat avec des organismes communautaires en complémentarité de nos offres de services.

Enjeux

- Optimisation de la coordination clinique des lits communautaires.
- Accessibilité aux lits de SPFV pour l'AMM.
- Accès aux services externes de SPFV.
- Augmentation des demandes d'AMM et des demandes de plus en plus complexes.

Priorités

- Réviser la politique et le programme clinique de l'établissement sur les SPFV.
- Définir une offre de services harmonisée pour les différentes missions des SPFV à la DSAPA.
- Élaborer un guide de soutien destiné aux usagers et aux PPA en SPFV.
- Poursuivre l'ouverture d'un lit communautaire supplémentaire dédié à l'administration de l'AMM.
- Poursuivre la formation du personnel et des bénévoles.
- Consolider le partenariat avec l'équipe CASSPER du CHU pour soutenir les intervenants du SAD réalisant des soins auprès de la clientèle pédiatrique.
- Développer les pratiques palliatives exemplaires.
- Optimiser l'accès aux lits SPFV par la révision du formulaire d'admission aux lits communautaires.
- Adapter et consolider les trajectoires de soins et de services aux équipes interdisciplinaires en contexte d'AMM en établissement et à domicile en fonction des changements législatifs et des protocoles en vigueur.
- Déterminer des solutions visant à garantir l'accessibilité à l'AMM.

Bien que nous ayons observé une légère diminution dans le nombre de demandes d'AMM cette année, ainsi qu'une légère augmentation du nombre de professionnels compétents administrant l'AMM, les délais de prise en charge se sont allongés en raison de la complexité croissante des cas liés aux changements législatifs.

APPLICATION DE LA POLITIQUE

	1 ^{er} avril 2023 au 31 mars 2024	1 ^{er} avril 2022 au 31 mars 2023
Soins palliatifs et de fin de vie		
Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	4 354	4 633
Sédation palliative continue		
Nombre de sédations palliatives continues administrées	73	87
Aide médicale à mourir		
Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	488	496
Nombre d'aides médicales à mourir administrées	307	341
Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	181	155
<i>Décès avant la fin de l'évaluation</i>	25	–
<i>Décès avant l'administration</i>	28	56
<i>Changements d'idée ou de retraits de la demande</i>	25	27
<i>Ne répondant pas — ou plus — aux critères d'éligibilité</i>	31	17
<i>Demande reçue au CIUSSS, mais usager transféré dans un autre établissement</i>	71	55
<i>En attente du motif au moment du rapport annuel</i>	1	0

7

LES RESSOURCES HUMAINES

7.1

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ

RÉPARTITION DE L'EFFECTIF EN 2023 PAR CATÉGORIE DE PERSONNEL

	Nombre d'emplois			Nombre d'ETC 2022-2023		
	Emploi	Emploi COVID	Total	ETC	ETC COVID	Total
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Personnel d'encadrement	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
TOTAL	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

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

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

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

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

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

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Comparaison sur 364 jours (avril à mars)		
	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
Personnel d'encadrement	N/D	N/D	N/D
Personnel professionnel	N/D	N/D	N/D
Personnel infirmier	N/D	N/D	N/D
Personnel de bureau, technicien et assimilé	N/D	N/D	N/D
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	N/D	N/D	N/D
Étudiants et stagiaires	N/D	N/D	N/D
TOTAL 2023-2024	N/D	N/D	N/D
TOTAL 2022-2023			N/D
		Cible 2023-2024	N/D
		Écart	N/D
		Écart en %	N/D

8

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMME

	Dépenses 2022-2023		Dépenses 2023-2024		Variation	
	\$	%	\$	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	72 191 830	3,61	34 775 432	1,62	(37 416 398)	-51,83
Services généraux - activités cliniques et d'aide	166 628 232	8,33	212 483 734	9,88	45 855 502	27,52
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	509 584 775	25,46	526 313 867	24,46	16 729 092	3,28
Déficience physique	152 010 713	7,60	156 060 089	7,25	4 049 376	2,66
Déficience intellectuelle et TSA	140 441 966	7,02	155 261 696	7,22	14 819 730	10,55
Jeunes en difficulté	165 319 796	8,26	187 740 227	8,73	22 420 431	13,56
Dépendance	17 209 715	0,86	20 011 717	0,93	2 802 002	16,28
Santé mentale	222 394 573	11,11	246 052 316	11,44	23 657 743	10,64
Santé physique	181 621 713	9,08	195 107 027	9,07	13 485 314	7,42
Programmes-soutien						
Administration	111 486 102	5,57	132 698 632	6,17	21 212 530	19,03
Soutien aux services	155 204 205	7,76	172 074 681	8,00	16 870 476	10,87
Gestion des bâtiments et des équipements	107 136 636	5,35	113 092 213	5,26	5 955 577	5,56
TOTAL	2 001 230 256	100,00	2 151 671 631	100,00	150 441 375	7,52

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

8.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

L'établissement présente dans ses résultats globaux, à la page 200 du Rapport financier annuel (AS-471), un déficit de 20 302 419 \$ se détaillant aux résultats du fonds d'exploitation à un déficit de 25 344 643 \$ et au fonds d'immobilisations à un surplus de 5 042 224 \$.

Le déficit du fonds d'exploitation s'explique par :

- l'offre de services à la population sans financement du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante au tarif horaire plus élevé que celui pour notre personnel régulier;
- l'augmentation des dépenses, autres que salariales, est plus élevée que le financement reçu;
- le coût des intérêts de la marge de crédit.

Le surplus au fonds d'immobilisation s'explique par :

- l'acquisition d'un bâtiment à la valeur symbolique de 1 \$ alors que la valeur comptable nette était de près de 4 M\$.

Ainsi, le CIUSSS de la Capitale-Nationale ne s'est pas conformé à son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin de l'année financière. Cependant, l'organisation est en mesure d'absorber ce déficit avec son solde de fonds accumulés des exercices précédents.

8.3 LES CONTRATS DE SERVICE

CONTRATS DE SERVICES, COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2023 ET LE 31 MARS 2024

	Nombre	Valeur \$
Contrats de services avec une personne physique*	34	53 325 926
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique**	389	592 767 468
TOTAL DES CONTRATS DE SERVICES	423	646 093 430

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

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

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Enjeux et priorités

- Dans un environnement en pleine transformation où les technologies de l'information doivent être mises de l'avant et les investissements priorités pour répondre à des enjeux organisationnels grandissants (pénurie de main-d'œuvre, vieillissement de la population, difficultés d'accès, etc.), la DRI a su appuyer les directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale dans la création de valeur, et ce, à plusieurs niveaux : que ce soit par la mise en place de projets favorisant l'optimisation des processus cliniques et la continuité informationnelle du dossier de l'utilisateur, l'opérationnalisation des mesures ministérielles en matière de sécurité ou par la mise en place des pierres d'assises technologiques permettant les migrations vers les systèmes d'information provinciaux ou vers l'infonuagique.
- Grâce au renouvellement de l'enveloppe budgétaire par le Plan de modernisation technologique (PMT) dans le cadre du Plan québécois des infrastructures – Ressources informationnelles octroyées au RSSS, la DRI a su mettre à profit ce nouveau financement pour créer de nouvelles opportunités. En effet, cet investissement de plus de 17 M\$ a permis de financer des projets et activités pour résorber la désuétude de notre infrastructure technologique, consolider de multiples instances de mêmes systèmes – héritage de la fusion des établissements en 2015 et ainsi soutenir des initiatives cliniques et administratives innovantes.

Réalisations

- Finalisation de l'ensemble des travaux de la phase 1 du système de gestion des services informatiques (C2 ITSM), qui permet d'optimiser et d'automatiser des processus de services TI et une meilleure gestion de l'inventaire informatique.

Sécurité de l'information

- Révision et adoption de la Politique relative à la sécurité de l'information et du cadre de gestion associé.
- Révision et adoption de la Politique de gestion des identités et des accès des actifs informationnels intégrant une reddition de comptes pour les accès.
- Gestion d'incident de sécurité et mise en place de plans d'action, dont celui liant le CIUSSS avec l'attaque par rançongiciel du Centre de communication santé des Capitales.
- Analyse de sécurité pour plus d'une centaine d'applications mobiles.
- Application de 8 directives sur 11 du Centre opérationnel de cybersécurité (COCD). Travaux démarrés pour les directives restantes.
- Révision des processus de travail pour tous les projets informatiques avec l'ajout de tests d'intrusion par le COCD et le passage au Programme de prime aux bogues gouvernemental.

Projets structurants

- R03 – Phase 2 :
 - Finalisation des travaux de consolidation des infrastructures technologiques actuelles, réduisant les annuaires d'entreprises de 23 à 1 et permettant la simplification de l'authentification de l'utilisateur, peu importe l'installation ou le poste informatique (gain d'efficacité).
- Finalisation du projet de mise à niveau de l'engin d'interface GiCom, renforçant la sécurité des quelque 600 connecteurs essentiels à l'interopérabilité des différents systèmes et éliminant ainsi la double saisie par les employés.

- Poursuite et finalisation des analyses de sites ainsi que la mise à jour du câblage requis pour le déploiement du réseau sans-fil. Ce sont 63 installations sur 81 prévues au projet qui sont maintenant opérationnelles et 6 installations qui sont en attente d'activation.
- Maison des aînés et maison alternative (MDA MA) :
 - Implantation des trois nouveaux systèmes d'information dans les MDA de Sainte-Foy et de Lebourgneuf : 1) Gustav pour la gestion des activités cliniques, 2) PANDAWebRx pour la feuille d'administration des médicaments (FADM) et la prescription pharmacologique et 3) Connex pour les moniteurs de signes vitaux;
 - Implantation du nouveau système de vidéosurveillance et de la câblodistribution dans les chambres des résidents.
- Finalisation du déploiement de cinq plateformes de gestion centralisée servant à la gestion d'inventaire, la gestion et la surveillance des infrastructures et des environnements technologiques (ANSIBLE, NEDI, GLPI, SolarWinds IPAM, ELK), qui améliore la maîtrise de l'environnement technologique, l'efficacité opérationnelle des équipes techniques et la disponibilité des infrastructures.
- Finalisation du déploiement de Cristal-Net en CLSC pour le volet dossier patient électronique (DPE) dans les secteurs de Vieille-Capitale, Québec-Nord, Portneuf et Charlevoix. Plus de 3 000 intervenants utilisent Cristal-Net pour compléter leurs notes électroniquement; le reste des documents est numérisé. Le dossier usager CLSC est électronique à 100 %, ce qui permet une grande efficacité des ressources.
- Finalisation de la mise en place des activités du comptoir télétravail :
 - Officialisation des trajectoires organisationnelles pour simplifier et améliorer les communications lors des demandes de télétravail;
 - Achèvement du déploiement de plus de 95 % des directions en mode projet (350 demandes en mode projet);
 - Traitement de près de 900 demandes ponctuelles d'octroi de matériel pour les employés en télétravail.
- Migration de serveurs :
 - Rehaussement de l'environnement de développement de l'unité de gestion et du suivi de l'information (UGSI) organisationnel qui permet l'évolution des outils de développement servant à la valorisation des données de l'organisation;
 - Rattrapage de la désuétude de 250 serveurs accompagné de rehaussement applicatif, qui corrige plusieurs vulnérabilités de cybersécurité pour une utilisation plus moderne et sécuritaire des systèmes d'information.
- Poursuite de la réalisation des travaux du programme de consolidation des centres de traitement informatique (PCCTI) vers l'infonuagique afin de répondre aux objectifs du décret 596-2020 du gouvernement du Québec :
 - Réalisation de l'architecture et de la connectivité réseau;
 - Démarrage des activités de la gestion des changements organisationnels notamment par de l'accompagnement au sein des services de la DRI ainsi que la formation du personnel en expertise infonuagique;
 - Réalisation des travaux d'évaluation de charge et d'optimisation des licences avec Microsoft et Amazon (AWS);
 - Détermination et planification des opportunités et des premières charges à transférer;
 - Mise en place des environnements infonuagiques en préparation des migrations des charges;
 - Réalisation des activités d'embarquement de Microsoft.
- Prise en charge du parc informatique de Partagec et début des travaux de consolidation avec les systèmes d'information du CIUSSS.
- Avancement à 88 % du projet de consolidation et de remplacement des 84 systèmes téléphoniques présents dans près de 200 installations, facilitant la communication entre les sites par la seule utilisation de l'extension à 5 chiffres.

Opérations

Des efforts ont été consacrés à la mise à jour du parc technologique et au maintien d'actifs informationnels.

- Consolidation et rehaussement de la performance de plus de 80 liens de télécommunications, dont ceux du siège social et du centre de traitement informatique, favorisant notamment la disponibilité et la fluidité des communications, l'accès aux systèmes de mission, les visioconférences, le télétravail, et le déploiement de la téléphonie IP.
- Déploiement de 125 salles de réunions Teams supplémentaires (salle de visioconférence) pour un total de 225 salles Teams ajoutant efficacité et efficience pour les équipes de travail qui sont en mode hybride, télétravail ou en présentiel.
- Remplacement de plus de 2 821 postes de travail désuets, permettant une conformité du parc de l'ordre de 97 %, ainsi qu'une meilleure qualité d'équipements pour nos employés.
- Remplacement de 153 commutateurs réseau, faisant passer le pourcentage de conformité à 100 %, pour une meilleure stabilité et une résilience au réseau de communication.
- Retrait de 90 imprimantes et redirection d'impression vers des appareils multifonctions plus performants et moins dispendieux. Retour de 62 imprimantes en location ainsi que le remplacement de 148 imprimantes, de plus de 8 ans d'utilisation, ajoutant performance et plus de fonctionnalités pour les employés.
- Transformation de plus de 93 télécopieurs (fax) en télécopieur virtuel par l'intermédiaire de l'application Xmédius (économie de coût) pour un total de 740 télécopieurs virtuels favorisant la performance et la fluidité des communications avec les partenaires externes.
- Migration ou retrait de 9 serveurs physiques désuets, ainsi que 17 serveurs hôtes de virtualisation, faisant passer le pourcentage de conformité de 82 % à 100 % et entraînant stabilité et performance pour les systèmes d'information utilisés par les employés.
- Ajout de 1 197 ordinateurs (augmentation de 7 %) pour un total de 17 099 ordinateurs permettant d'outiller les nouveaux employés et de répondre aux besoins d'informatisation.
- Création de 2 771 adresses de courriel Outlook et suppression de 2 207 adresses de courriel permettant de répondre aux requis de sécurité et aux besoins de la transformation numérique de l'organisation.
- Réception de 88 293 appels téléphoniques des utilisateurs au centre de services, pour des besoins de soutien informatique. Un pourcentage de 96,2 des appels répondus dans une moyenne d'attente de 32 secondes permet ainsi de satisfaire pleinement les besoins des employés.

LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES À L'ÉGARD DES ORGANISMES PUBLICS

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

¹ Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

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

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

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

11.1 LES SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

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

Le second mode de financement, en ententes pour activité spécifique, poursuit l'atteinte d'objectifs sociaux et de santé spécifiques, tels ceux visés par les priorités régionales, définis dans le cadre de divers modes de planification de services. Le financement pour activité spécifique peut aussi bien s'adresser aux OC qui œuvrent principalement dans le domaine de la santé et des services sociaux qu'aux organismes associés. Ces ententes peuvent également viser des organismes dont le financement de la mission globale relève d'un autre ministère.

Pour ces deux modes de financement, 75 759 513 \$ ont été accordés pour l'année 2023-2024 dans la région de la Capitale-Nationale (incluant une indexation de 3,7 %). On trouvera dans les tableaux suivants un aperçu des 250 organismes financés : 219 organismes soutenus en mission globale, dont 30 points de service associés à des organismes déjà existants (maisons-mères), auxquels s'ajoutent 31 organismes en activité spécifique.

En 2023-2024, 24 organismes ont déposé une demande d'admissibilité au PSOC. De ce nombre, aucun n'a été considéré comme admissible au programme. Deux organismes ont également fermé leurs portes au cours de l'exercice financier.

En cours d'année, un montant de 2 892 200 \$, accordé par le MSSS afin de rehausser le financement du PSOC, a permis à 177 organismes de la région (incluant les points de service) de bénéficier d'une majoration minimale de 5 000 \$ de leur financement en mission globale. La répartition de cette enveloppe régionale s'est faite dans le respect des critères ministériels et des orientations régionales du PSOC. De plus, du financement sectoriel à la mission globale pour les organismes de popotes roulantes (787 218 \$), en agressions sexuelles (CALACS – 166 666 \$) et en violence conjugale (143 462 \$) a permis de rehausser de manière spécifique plusieurs organismes.

Il existe d'autres modes de financement des OC, hors PSOC, qui permettent d'offrir un soutien dans le cadre d'ententes de services ou de projets ponctuels. Ces modes de financement représentent un total de 8 195 057 \$ pour l'année 2023-2024. Certains organismes communautaires reçoivent également du financement de la part des directions cliniques de l'établissement; ces montants ne sont pas répertoriés de manière distincte dans cette présentation.

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

proposer des critères de priorisation pour la répartition de l'enveloppe budgétaire allouée pour le financement à la mission des organismes communautaires.

Gestion de la reddition de compte des organismes financés par le Programme de soutien aux organismes communautaires

Les OC financés dans le cadre du PSOC doivent déposer leurs documents de reddition de comptes dans les trois mois suivant la fin de leur année financière. Les documents exigés sont les suivants :

- Un rapport financier ayant le niveau de vérification comptable adéquat. Ce document doit avoir été présenté en assemblée générale annuelle;
- Un rapport d'activité détaillé également présenté en assemblée générale annuelle;
- Les documents pertinents liés à la tenue de l'assemblée générale annuelle (avis de convocation, ordre du jour et procès-verbal).

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale 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 compte;
- S'il y a lieu, un avis de retard par courriel;
- Dans la mesure où aucune entente n'a été prise, un avis de suspension des versements.

L'analyse de la reddition de compte des organismes financés par le PSOC, de même que pour les autres modes de financement, se fait par une collaboration entre l'équipe de soutien aux OC et les directions impliquées dans chacun des dossiers concernés.

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

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Catégorie de financement	Subvention 2023-2024 \$
Financement accordé par le PSOC	
– Mission globale	66 993 902
– Activité spécifique	8 765 611
Financement accordé hors PSOC	8 195 057

NOMBRE D'ORGANISMES FINANCÉS PAR LE PSOC

Catégorie de financement	Nombre 2023-2024
Mission globale	219
Activité spécifique	31
Total	250

11.2

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

ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2022-2023 \$	2023-2024 \$
Action bénévole de Saint-Basile inc.	6 122	6 349
Adaptavie inc.	157 274	177 820
Aide à la communauté et services à domicile	55 086	57 124
Aidons-lait	121 736	145 058
Albatros Québec	114 000	205 656
Allaitement Québec	121 736	145 058
Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale (Agir en santé mentale)	81 402	84 414
Alternative jeunesse Mont-Sainte-Anne	152 097	180 276
Amicale Alfa de Québec	152 098	180 277
Ancrage de l'Isle-aux-Coudres (L')	134 725	209 731
Arc-en-ciel Organisme communautaire en santé mentale ◊	902 670	936 069
Arche l'Étoile inc. (L')	499 915	518 412
Archipel d'entraide (L')	376 601	397 589
Association Alti	119 700	124 129
Association bénévole Côte-de-Beaupré	206 688	314 626
Association bénévole de l'Île d'Orléans (L')	124 241	141 129
Association canadienne pour la santé mentale (région de Québec) inc.	203 070	215 875
Association de fibromyalgie – région de Québec	121 736	145 058
Association des grands brûlés F.L.A.M. (L')	227 404	242 473
Association des handicapés respiratoires de Québec (1984)	48 892	50 701
Association des personnes avec une déficience de l'audition	140 904	154 538

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

ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2022-2023 \$	2023-2024 \$
Association des personnes handicapées de Charlevoix inc.	126 783	145 546
Association des personnes handicapées de Portneuf	135 498	157 745
Association des personnes intéressées à l'aphasie et à l'accident vasculaire cérébrale (APIA-AVC)	112 683	135 592
Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec (03)	97 430	39 964
Association des proches aidants de la Capitale-Nationale ◊	146 509	257 772
Association des Sourds de Québec inc.	17 671	18 325
Association des T.C.C. des deux Rives (Québec – Chaudière-Appalaches) (L')	130 972	153 573
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A.) Québec métro (03-12) inc.	144 182	165 751
Association pour l'intégration sociale (région de Québec) (L')	135 498	157 745
Association Y.W.C.A. de Québec	1 621 223	1 633 719
Atelier de la Mezzanine	177 099	183 652
Autisme Québec	194 534	212 170
Autohommie, Centre de ressources sur la condition masculine (Québec) inc. (L')	358 986	372 268
Auto-Psy (Région de Québec)	208 681	221 047
Autre avenue (L'), organisme de justice alternative	718 944	745 545
Baratte (La)	57 428	59 553
Bénévolat Michel Sarrazin	116 526	140 255
Bénévolat Saint-Sacrement inc.	134 631	172 943
Boussole (La), regroupement des parents et amis de la personne atteinte de la maladie mentale	420 768	500 716
Butineuse de Vanier (La)	133 067	137 990
C.E.R.F. volant de Portneuf inc.	14 367	14 899
Cabanon maison des jeunes de Lac-Beauport (Le)	166 719	193 756
Café-rencontre du Centre-ville (Québec) inc.	143 557	172 403
CALACS de Charlevoix	364 475	377 961
Carrefour de l'Amitié Charlesbourg	146 339	161 754

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

ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2022-2023 \$	2023-2024 \$
Carrefour des proches aidants de Québec	165 200	218 047
Carrefour familial des personnes handicapées	178 667	197 543
Centre Bonne Entente	187 420	205 612
Centre CASA (1997)	212 795	295 962
Centre communautaire de l'Amitié inc. (Le)	294 635	311 680
Centre communautaire Pro-Santé inc.	312 587	291 077
Centre d'action bénévole Aide 23	206 638	287 830
Centre d'action bénévole de Charlevoix	215 283	338 132
Centre d'action bénévole de Québec	149 264	154 787
Centre d'action bénévole du Contrefort	206 693	258 082
Centre de crise de Québec	2 894 484	2 911 697
Centre de jour Feu Vert Inc. ◊	452 397	498 022
Centre de jour L'Envol inc.	219 714	227 843
Centre de parrainage civique de Québec inc. (Le)	195 172	202 393
Centre de prévention du suicide C.P.S.	988 201	1 024 764
Centre de prévention du suicide de Charlevoix ◊	309 021	334 599
Centre de traitement des dépendances Le Rucher	296 026	312 963
Centre d'entraide du trouble affectif bipolaire de Québec – L'Équilibre	204 443	221 305
Centre d'entraide Émotions	191 289	216 407
Centre des femmes de Charlevoix	265 921	285 209
Centre des femmes de la Basse-Ville (Le)	286 802	304 460
Centre femmes aux 3 A de Québec inc.	283 913	301 796
Centre femmes de Portneuf	130 972	153 573
Centre international des femmes, Québec	269 362	289 943
Centre Multi-Services 16-30 ans La Source	86 149	119 479
Centre résidentiel et communautaire Jacques-Cartier (Le)	197 068	221 735

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

ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2022-2023 \$	2023-2024 \$
Centre ressources pour femmes de Beauport (CRFB)	248 734	269 364
Centre Signes d'Espoir	263 156	272 893
Centre social de la Croix Blanche (région de Québec)	289 614	307 052
Centre-Femmes aux Plurielles	250 218	270 733
Centre-Femmes d'aujourd'hui	254 196	274 400
Centrespoir – Charlesbourg inc. (Le)	134 859	139 849
Centr'hommes Charlevoix	121 736	145 058
Cercle Polaire	204 006	220 902
Chantelait	130 972	153 573
Club bon cœur des cardiaques de Charlevoix inc.	132 948	155 394
Club Cardio Santé de Charlevoix inc.	130 972	153 573
Collectif d'accompagnement à l'accouchement « Les Accompagnantes » (Le)	168 803	188 449
Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap (CAPVISH) (Le)	111 447	115 571
Comité d'aide aux femmes sourdes de Québec	165 336	181 087
Comité Neuville se souvient	25 375	26 314
Comité Vas'y de Saint-Raymond	197 313	214 733
Communautés Solidaires	194 142	219 036
Contact-Aînés	114 001	137 927
Corporation d'animation l'Ouvre-Boîte du Quartier ◊	345 284	382 976
Corporation jeunesse l'Évasion l'Ormière	166 719	193 756
Courtepointe (La)	130 972	153 573
Croissance-Travail	1 074 839	1 114 608
Cuisine collective de Beauport ◊	160 986	223 486
Demi-Lune	259 932	279 688
Diavie	116 340	140 084
Dysphasie Québec	165 675	185 565

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

ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2022-2023 \$	2023-2024 \$
Entr'actes, Productions artistiques	170 796	190 286
Entraide Agapè	164 405	191 259
Entraide communautaire le Halo (L')	206 643	261 705
Entraide des aînés de Sillery	94 829	98 338
Entraide du Faubourg inc.	267 147	317 322
Entraide jeunesse Québec	156 072	176 713
Entraide Les Saules Inc. (L')	79 340	134 567
Entraide Naturo-Lait	117 351	141 016
Entraide Sainte-Foy	152 057	157 683
Épilepsie Section de Québec	121 735	145 057
Équipe bénévole de l'Institut (L')	34 027	8 507
ESPACE région de Québec	398 441	413 183
Évasion Saint-Pie X (L')	318 709	358 138
Éveil Charlevoisien (L') ◊	484 840	514 607
Évolution Charlevoix ◊	533 334	490 849
Fondation de la Greffe de Moelle Osseuse de l'Est du Québec	34 432	35 706
Forum-jeunesse Charlevoix-Ouest ◊	456 277	509 620
Fraternité Sainte-Marie de Ville de Vanier inc. (La)	219 132	252 531
G.A.P.I. Groupe d'aide aux personnes impulsives (ayant des comportements violents)	767 760	727 905
Gîte jeunesse inc. ◊	705 028	795 305
Grand chemin inc. (Le)	482 391	500 238
Grands frères et Grandes sœurs de Québec inc. (Les)	130 972	153 573
GRIS-Québec	143 838	167 978
Groupe action-jeunesse de Charlevoix ◊	580 528	648 629
La maison de Marthe	88 355	114 284
L'Amarrage	563 422	623 342

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

ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2022-2023 \$	2023-2024 \$
Laura Lémerveil ◊	168 682	194 965
Le Sillage	162 644	-
Libre Espace Côte-de-Beaupré inc.	256 750	266 250
Magnifique inc. (Le)	130 971	153 572
Mains de l'Espoir de Charlevoix inc. ◊	258 771	289 078
Maison communautaire Missinak Ressource d'hébergement et de ressourcement pour femmes autochtones et leurs familles	1 161 399	1 334 551
Maison d'aide Villa Saint-Léonard	210 318	233 949
Maison de Job	306 625	322 970
Maison de la famille D.A.C. (Droit d'accès Charlesbourg)	44 536	46 184
Maison de la famille de Charlevoix	34 480	35 756
Maison de la famille (La)	435 299	451 405
Maison de Lauberivière, aide aux adultes en difficulté	475 336	542 135
Maison d'entraide l'Arc-en-ciel inc.	227 324	249 627
Maison des femmes de Québec (La)	1 224 790	1 214 370
Maison des jeunes « La Marginale » inc. (La) ◊	322 773	362 083
Maison des jeunes de Beauport Est ◊	325 340	364 449
Maison des jeunes de Beauport Ouest ◊	322 306	361 651
Maison des jeunes de Cap-Rouge inc. (La)	190 233	215 433
Maison des jeunes de Duberger	166 719	193 756
Maison des jeunes de L'Ancienne-Lorette inc. (La)	180 195	206 179
Maison des jeunes de l'Île d'Orléans (La) ◊	294 927	336 411
Maison des jeunes de Neuville	166 719	193 756
Maison des jeunes de Notre-Dame-des-Monts (La)	166 719	193 756
Maison des jeunes de Pont-Rouge 125 inc. (La)	166 719	193 756
Maison des jeunes de Saint-André de Neufchâtel (La)	166 719	172 888
Maison des jeunes de Saint-Augustin-de-Desmaures inc. (La) ◊	294 927	336 411

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

ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2022-2023 \$	2023-2024 \$
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-de-Laval	166 719	193 756
Maison des jeunes de Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	166 719	193 756
Maison des jeunes de Saint-Émile	152 097	180 276
Maison des jeunes de Saint-Ferréol-les-Neiges ◊	280 305	319 894
Maison des jeunes de Saint-Raymond inc. (La)	63 201	65 539
Maison des jeunes de Sillery inc. (La)	166 719	193 756
Maison des jeunes de Wendake inc. (La)	93 646	97 111
Maison des jeunes du Lac Saint-Charles inc.	179 851	205 861
Maison des jeunes du quartier Saint-Jean-Baptiste (La)	217 694	240 749
Maison des jeunes la Baraque des Éboulements	166 719	193 756
Maison des jeunes la Parenthèse (La)	196 722	221 415
Maison des jeunes L'Atôme	166 719	193 756
Maison des jeunes L'Envol de Sainte-Foy inc.	195 713	220 485
Maison des jeunes L'Escapade de Val-Bélair	218 112	241 134
Maison des jeunes L'Exode de Limoilou (La)	193 934	218 845
Maison des jeunes L'Intégrale inc. (La) ◊	452 826	506 439
Maison du cœur pour femmes	1 239 932	1 226 509
Maison Hélène Lacroix	1 331 462	1 312 463
Maison La Montée (La)	1 184 007	1 168 276
Maison L'Éclaircie	350 770	416 478
Maison Marie-Frédéric	538 487	600 354
Maison Marie-Rollet	1 476 232	1 486 136
Maison Oxygène vers l'Autonomie	240 404	479 299
Maison pour femmes immigrantes	1 245 552	1 239 938
Maison Richelieu Hébergement Jeunesse Sainte-Foy inc.	555 205	615 767
Mamie-Lait	121 736	145 058

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

ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2022-2023 \$	2023-2024 \$
Marée Regroupement des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (La) ◊	339 567	413 613
Mères et monde – Centre communautaire et résidentiel par et pour jeunes mères	175 769	202 098
Mieux-Être des Immigrants (Le)	130 972	135 818
Milieu de vie inclusif pour les 12 à 25 ans, le Para-chute	178 277	204 411
Mirépi, maison d’hébergement inc.	1 588 721	1 607 159
Moisson Québec inc.	134 437	156 767
Mouvement des services à la communauté du Cap-Rouge inc.	130 000	180 101
Mouvement d’information et d’entraide dans la lutte contre le VIH-sida à Québec (MIELS-QUÉBEC)	683 087	708 361
Odyssée Bleue inc. (L’)	156 170	184 030
Œuvres de la Maison Dauphine inc. (Les)	333 390	411 276
Organisation communautaire d’écoute et d’aide naturelle (O.C.E.A.N.)	205 309	222 103
Organisation pour la santé mentale œuvrant à la sensibilisation et à l’entraide (O.S.M.O.S.E.)	190 958	208 873
Organisation Québécoise des personnes atteintes du cancer (1984) inc.	166 505	193 559
Parents-Espoir	178 564	197 448
Parkinson Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches	96 316	139 610
Passage, centre de thérapie familiale en toxicomanie (Le)	130 972	153 573
Patro Roc-Amadour	150 878	156 460
Pavois (Le) – programme d’activités valorisantes offrant interaction et soutien	998 080	1 035 009
Pavois de Loretteville (Le)	127 004	131 703
Pavois de Ste-Foy (Le)	173 646	180 071
Perséides, soutien au deuil périnatal (Les)	178 152	197 068
Petit Répit (Le)	41 410	42 942
Pilier Jeunesse – maison des jeunes de Les saules et de Lebourgneuf inc. (La) ◊	335 253	373 587
Piolet (Le)	171 247	197 930
Point de Repères (1990)	524 820	544 238

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

ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2022-2023 \$	2023-2024 \$
Popote de Charlesbourg (La)	85 645	88 814
Popote et Multi-services	171 185	202 810
Popote roulante Ste-Foy inc.	41 263	102 281
Présence– Famille Saint-Augustin	135 498	160 802
Programme d'encadrement clinique et d'hébergement, P.E.C.H.	1 315 277	1 345 794
Projet L.U.N.E.	259 162	268 751
Projet – Intervention Prostitution Québec inc.	301 589	321 993
Regroupement action prévention jeunesse des Laurentides	184 099	209 778
Regroupement des Aînés de Saint-Émile	10 101	10 475
Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix)	20 884	21 657
Regroupement des organismes communautaires de la région 03	274 055	290 695
Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03 (ROP 03)	18 883	19 582
Regroupement des personnes handicapées visuelles (régions 03-12)	172 655	192 000
Regroupement des stomisés Québec-Lévis inc.	27 347	32 359
Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec	62 722	65 043
Regroupement pour l'intégration sociale de Charlevoix	134 305	156 645
Relais d'Espérance	171 247	197 930
Relais la Chaumine inc.	328 143	345 284
Relevailles Québec	181 280	199 951
Résidence Le Portail	303 819	320 147
Ressource Génésis Charlevoix inc..	152 097	180 276
Ressources familiales la Vieille caserne de Montmorency	130 972	153 573
Ruche Vanier inc. (La)	172 032	196 290
S.O.S. Grossesse	133 235	155 659
SAIRAH Service d'autonomisation, d'intégration et de réadaptation aux adultes ayant un handicap inc.	102 411	106 200

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

ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2022-2023 \$	2023-2024 \$
Service Amical Basse-Ville inc.	280 794	377 161
Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (S.A.A.I.)	176 023	196 667
Service d'aide communautaire de Charlevoix-Est	126 260	149 229
Service d'entraide Basse-Ville inc.	212 540	259 813
Service d'entraide communautaire Rayon de Soleil	138 364	158 774
Service d'entraide L'Espoir (Québec)	254 912	275 060
Service familial d'accompagnement supervisé	68 619	71 158
Service de référence en périnatalité pour les femmes immigrantes de Québec (SRPFIQ)	40 000	97 035
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc. (SRIEQ)	159 409	201 541
Services TDAH & +	159 662	175 949
Sexplique	151 434	157 037
Société Alzheimer de Québec (La) ◊	246 996	270 781
Société de Saint-Vincent de Paul de Québec (La)	45 892	47 590
Société Grand Village inc. (La)	10 972	11 378
Solidarité Familles	171 247	197 930
SQUAT Basse-Ville (Gîte du Nomade)	467 953	535 329
Tel-Aide Québec inc.	155 090	160 828
Trame d'actions et d'initiatives concertées (T.R.A.I.C.) jeunesse	259 460	281 631
Trip Jeunesse Beauport	171 247	197 930
Unité Domrémy de Clermont inc.	131 356	148 216
Verger (Le), centre communautaire en santé mentale	192 718	210 496
Violence Info	536 271	556 113
Viol-Secours	865 547	1 064 238
Vision d'Espoir de Sobriété	168 019	194 954
TOTAL	69 347 118	75 759 513

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

ANNEXE 1

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	88
Section 1	
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	88
Section 2	
PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	91
Section 3	
CONFLIT D'INTÉRÊTS	94
Section 4	
APPLICATION	95
Annexe I	
Engagement et affirmation du membre	101
Annexe II	
Avis de bris du statut d'indépendance	102
Annexe III	
Déclaration des intérêts du membre	103
Annexe IV	
Déclaration des intérêts du président-directeur général	104
Annexe V	
Déclaration de conflit d'intérêts	105
Annexe VI	
Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	106
Annexe VII	
Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	107

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbying* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres proposé par le Ministère et approuvé par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

Intérêt : Désigne tout intérêt notamment de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Membre : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Un individu qui fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances¹.

Renseignements confidentiels : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujéti aux règles du présent Code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique lorsque ce dernier le juge nécessaire et au moins tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

¹ BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrié.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la

vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci à le faire.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de

l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
- c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
- d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration annuellement les intérêts pécuniaires qu'il détient dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V et ce, dès qu'il prend connaissance de l'existence de cet intérêt.

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre du conseil qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou , sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur est soigné ou reçoit des services de l'établissement pour lequel il siège au conseil d'administration.

Section 4 – APPLICATION

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les trente (30) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les trente (30) jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;

- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

18. Comité d'examen *ad hoc*

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes, dont au moins un membre du comité de gouvernance et d'éthique. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut également être composé de ressources autres ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2 Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3 Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
- c) faire des recommandations au comité de gouvernance et d'éthique sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5 Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

19.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen *ad hoc* qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen *ad hoc*, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

- a) un état des faits reprochés;
- b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;

- c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
- d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu un manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

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

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

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

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

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

Annexe II – Avis de bris du statut d’indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

Québec 