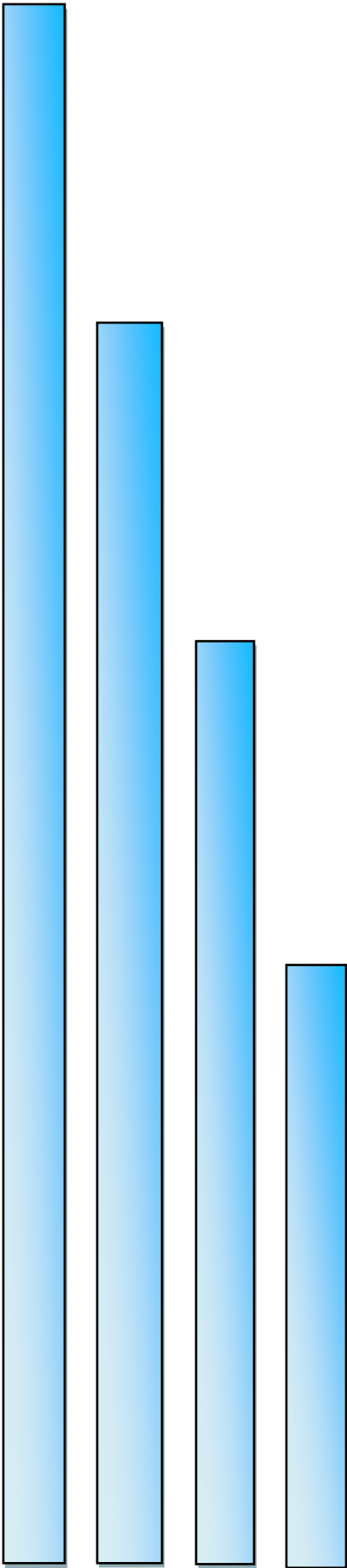


RAPPORT ANNUEL DE GESTION

Centre intégré de santé et
de services sociaux de
l'Outaouais

2017-2018



Une publication de :

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais

80, avenue Gatineau

Gatineau (Québec) J8T 4J3

Téléphone : 819 966-6000

Site Web : www.ciass-outaouais.gouv.qc.ca

Édition

Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, CISSS de l'Outaouais

Diffusion

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse www.ciass-outaouais.gouv.qc.ca

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

Dans le présent document, l'emploi du masculin n'a pour but que d'alléger le texte.

LA LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

<i>AMM</i>	Aide médicale à mourir
<i>BCM</i>	Bilans comparatifs de médicaments
<i>CECII</i>	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
<i>CECM</i>	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
<i>CÉR</i>	Comité d'éthique de la recherche
<i>CHSLD</i>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<i>CII</i>	Conseil des infirmières et infirmiers
<i>CISSS</i>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<i>CJO</i>	Centres jeunesse de l'Outaouais
<i>CLSC</i>	Centre local de services sociaux
<i>CM</i>	Conseil multidisciplinaire
<i>CMDP</i>	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
<i>CMO</i>	Campus Médical Outaouais
<i>CR - CU</i>	Comité des résidents / Comité des usagers
<i>CRD</i>	Centre de réadaptation en dépendance
<i>CRJDA</i>	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
<i>CRSP</i>	Comité régional sur les services pharmaceutiques
<i>CSF</i>	Conseil des sages-femmes
<i>CUCI</i>	Comité des usagers du centre intégré
<i>DCI</i>	Dossier clinique informatisé
<i>DDIDPTSA</i>	Direction des programmes en déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme
<i>DERUR</i>	Direction de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche
<i>DJ</i>	Direction des programmes jeunesse
<i>DPJ</i>	Direction de la protection de la jeunesse
<i>DQEPE</i>	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
<i>DRF</i>	Direction des ressources financières
<i>DRHCAJ</i>	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
<i>DRMG</i>	Département régional de médecine générale
<i>DSAPA</i>	Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées
<i>DSI</i>	Direction des soins infirmiers
<i>DSM</i>	Direction des services multidisciplinaires
<i>DSM</i>	Durée moyenne de séjour
<i>DSMD</i>	Direction des programmes santé mentale et dépendance
<i>DSP</i>	Direction des services professionnels

<i>DSPu</i>	Direction de santé publique
<i>DSQ</i>	Dossier Santé Québec
<i>DSTL</i>	Direction des services techniques et logistique
<i>DTBI</i>	Direction des technologies biomédicales et de l'information
<i>EGI</i>	Entente de gestion et d'imputabilité
<i>ETC</i>	Équivalent temps complet
<i>GMF</i>	Groupe de médecine de famille
<i>IRM</i>	Imagerie par résonance magnétique
<i>ITSS</i>	Infection transmise sexuellement et par le sang
<i>JED</i>	Jeunes en difficulté
<i>LMRSSS</i>	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux
<i>LSJPA</i>	Loi sur le système de justice pénale pour adolescents
<i>LSSSS</i>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<i>MRC</i>	Municipalités régionales de comté
<i>MSSS</i>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<i>NSA</i>	Niveau de soins alternatifs
<i>OIIQ</i>	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
<i>OMHG</i>	Office municipal d'habitation de Gatineau
<i>PAR</i>	Plan d'action régional
<i>PFT</i>	Programme fonctionnel et technique
<i>PGPS</i>	Politique gouvernementale de prévention en santé
<i>PNSP</i>	Programme national de santé publique
<i>PSOC</i>	Programme de soutien aux organismes communautaires
<i>RESS</i>	Ressource à l'enfance surspécialisée
<i>RI-RTF</i>	Ressource intermédiaire – ressource de type familial
<i>RLRQ</i>	Recueil des Lois et des Règlements du Québec
<i>RPA</i>	Résidence privée pour aînés
<i>RPSO</i>	Règle particulière de la sécurité organisationnelle
<i>SAD</i>	Soins à domicile
<i>SCT</i>	Secrétariat du Conseil du trésor
<i>SIPPE</i>	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
<i>TGC</i>	Trouble grave du comportement
<i>TROCAO</i>	Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais
<i>UQO</i>	Université du Québec en Outaouais

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Au terme de l'exercice 2017-2018, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais est fier de vous présenter son bilan annuel. Les priorités, les réalisations, les défis, la reddition de comptes et tant d'autres éléments sont illustrés dans les prochaines pages. Mais le plus important est ce qui émane de ce document, c'est-à-dire le caractère de chacun des membres de notre organisation qui font vivre au quotidien nos quatre grandes valeurs que sont le professionnalisme, l'engagement, la collaboration et la bienveillance.

Inévitablement, des obstacles se sont présentés sur la route du CISSS de l'Outaouais dans la dernière année. Plusieurs ont été évités, d'autres ont testé nos processus, certains ont nécessité de nous ajuster, mais tous nous ont permis d'apprendre et de devenir meilleurs. Résolument tourné vers l'avenir, le CISSS de l'Outaouais a lancé, dans la dernière année, plusieurs projets dont l'impact positif perdurera à long terme. Ces réalisations sont le signe d'une organisation qui a atteint son rythme de croisière.

À ce chapitre, l'adoption de la politique de santé organisationnelle cadre dans l'une de nos trois grandes priorités organisationnelles 2017-2018. En misant sur une approche globale et intégrée, la santé organisationnelle conjugue la santé individuelle et celle de l'organisation, en corrélation avec la performance globale. Ainsi, des individus en santé contribuent à la santé et à la performance d'une organisation, et une organisation en santé se préoccupe de la santé des personnes contribuant à sa mission. Des actions concrètes seront planifiées en collaboration avec les équipes de travail et ce dans chacun de ces cinq axes :

- La prévention
- La qualité de vie au travail
- La présence au travail
- La mobilisation
- La reconnaissance

La deuxième grande priorité organisationnelle 2017-2018 était la situation des « patients NSA » (des personnes qui ne nécessitent plus de soins de courte durée, mais qui continuent d'occuper des lits en attendant leur admission dans un milieu de soins plus approprié comme les services à domicile ou un établissement de soins en hébergement). Les solutions proposées, parfois novatrices, ont permis une amélioration impressionnante de la situation, suivant une tendance constante et solide. La moyenne quotidienne de patients NSA dépassant 160 en janvier 2017, a descendu sous les 80 à la mi-année pour passer sous la barre des 60 à la fin de l'exercice. Les diminutions observées concernant les séjours en NSA dans les hôpitaux du CISSS de l'Outaouais se sont traduites par une économie d'environ 25 000 jours-présences ou 76 équivalent-lits.

Notons également les efforts importants investis dans le chantier de coordination clinique de proximité, troisième priorité organisationnelle. Ce chantier vise à établir, dans l'ensemble de notre organisation, un mécanisme permettant de rapprocher la prise des décisions cliniques de la clientèle, de façon transversale afin de favoriser une trajectoire clinique sans rupture.

Au printemps 2017, de fortes pluies, conjuguées à une fonte rapide de la neige, ont causé de graves inondations en Outaouais, forçant l'évacuation de nombreux citoyens et des résidents du CHSLD de Maniwaki. L'excellente intervention des équipes d'intervention provenant de plusieurs directions du CISSS de l'Outaouais a été soulignée sur la scène provinciale par le ministre de la Santé et des Services sociaux M. Gaétan Barette, ainsi que la ministre déléguée Mme Lucie Charlebois, dans le cadre de l'édition 2018 des Prix d'excellence du réseau de la santé et des

services sociaux du Québec. Ces événements, de même que l'évacuation du Centre hospitalier Pierre-Janet en février 2017, ont démontré l'efficacité des équipes de travail, mais aussi les gains résultant de l'intégration des établissements de santé, en facilitant la coordination et le déploiement d'équipes importantes pour faire face à ces situations exceptionnelles.

L'année a été marquée par le renforcement de nos liens avec les clientèles issues des Premières Nations par le déploiement de services intégrés spécifiques. Quelques mois seulement après l'adoption de recommandations sur le respect des droits des usagers des Premières Nations, un rapport d'étape en janvier 2018 faisait état d'un nombre important d'actions concrètes dans les six grands objectifs du plan :

- L'accès aux services en langue anglaise et algonquienne
- Les communications
- La liaison avec les communautés
- La reconnaissance des intervenants des Premières Nations
- La collaboration avec les deux communautés (services sociaux pour et par les gens des Premières Nations)
- La reddition de comptes

De plus, le conseil d'administration adoptait en janvier 2018 un « Plan d'action pour améliorer la qualité et la sécurité des services cliniques ». Ce plan permet d'aller au-delà des recommandations émises par les diverses instances, en mettant à la disposition de nos intervenants cliniques des outils concrets visant une amélioration dans l'immédiat et à long terme.

Le projet d'implantation d'une faculté de médecine délocalisée et d'agrandissement du GMF-U (Campus médical Outaouais) chemine favorablement, à la fois dans les délais et les coûts prévus, de sorte que nous prévoyons une ouverture en 2020. Le campus, qui s'installera à l'hôpital de Gatineau, offrira une formation médicale complète en français.

Grâce à l'appui du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), plusieurs projets de développement ont été réalisés ou annoncés au courant de l'exercice :

- Construction de deux nouvelles unités de vie ouvertes pour jeunes en difficulté d'adaptation (24 places), dans le cadre du projet d'agrandissement du Complexe Héritage à Gatineau;
- Implantation d'un GMF (groupe de médecine de famille - MédiGo) et d'une super-clinique à Gatineau, secteur Hull;
- Bonification de l'équipe de sages-femmes de sa maison de naissance de Gatineau;
- Financement récurrent de la clinique de pneumologie à Gatineau;
- Prolongation des heures d'ouverture sept jours sur sept de l'urgence du CLSC Petite-Nation et création d'un nouveau GMF;
- Création de 99 nouvelles places en hébergement (personnes âgées et santé mentale);
- Ajout de près de 100 000 heures travaillées en CHSLD en Outaouais;
- Investissement récurrent de 1 199 700 \$ en Outaouais pour les services offerts aux personnes atteintes du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et leur famille;
- Amélioration des services en soutien à domicile et bonification des soins d'hygiène en CHSLD;
- Jeunes en difficulté : amélioration des services jeunes et leur famille, rehaussement de services de psychologie et plan d'action pour contrer les fugues;
- Investissements de 1 832 161 \$ récurrents en santé mentale - soutien intensif variable – suivi intensif modéré - personnes ayant un premier épisode psychotique;

- Autorisation du projet de construction d'un nouveau CHSLD à Maniwaki;
- Annonce de l'agrandissement du CHSLD des Collines;
- Annonce de l'implantation future d'une unité satellite d'hémodialyse à l'hôpital du Pontiac et de la mise à niveau de l'endoscopie;
- Annonce du réaménagement de l'unité de périnatalité de l'hôpital de Gatineau comprenant 32 chambres « TARP » (travail/ accouchement/ récupération/ post-partum).

Au point de vue financier, nous maintenons l'équilibre budgétaire pour une troisième année consécutive, malgré des défis importants reliés au temps supplémentaire, à la main-d'œuvre indépendante et à l'assurance salaire, de même qu'aux coûts des médicaments. Soulignons que le budget annuel d'exploitation du CISSS de l'Outaouais a connu une hausse de plus de 71 M\$ depuis 2015-2016. Cette augmentation permet d'ajuster de façon durable l'amélioration des services et leur adaptation aux besoins de la population.

Dans le cadre de sa tournée annuelle d'information qui avait lieu dans les cinq territoires de l'Outaouais à l'automne 2017, le conseil d'administration a donné la parole à la population sous la forme d'un forum d'échanges. Cet exercice a permis de mieux cerner les réalités locales et a mené à l'adoption et la mise en chantier d'un plan d'action.

Le conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais a défini ses grandes priorités pour l'année 2018-2019, lesquelles s'attachent aux attentes signifiées par le MSSS, ainsi qu'aux engagements pris à la signature de l'Entente de gestion et d'imputabilité :

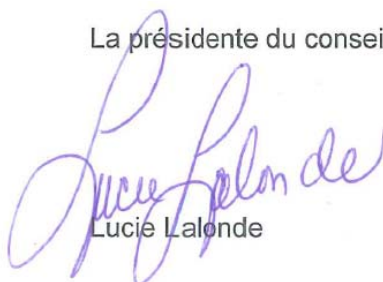
- Mise en œuvre du plan de communications internes et externes
- Mise en application de la politique de santé organisationnelle
- Amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la sécurité des services
- Rapatriement des services consommés en Ontario par la population de l'Outaouais et augmentation de l'autosuffisance régionale
- Planification de la relève des cadres supérieurs

En terminant, nous tenons à souligner l'apport inestimable de tout le personnel, des gestionnaires, des médecins, dentistes et pharmaciens, des bénévoles, de même que des membres du conseil d'administration. Tous ensemble, nous formons une organisation unique, sur laquelle toute la population de l'Outaouais compte, jour après jour. Un mot aussi à l'intention de tous les acteurs des Fondations, des organismes communautaires et des nombreux partenaires de tous les milieux dont la contribution est essentielle à la réalisation de notre mission.

Mais surtout, un grand merci à cette population, qui est au centre de notre vie organisationnelle et qui nous accorde sa confiance. Nous réitérons notre ferme volonté à vous consacrer le meilleur de nous-mêmes.

Bonne lecture!

La présidente du conseil



Lucie Lalonde

Le président-directeur général



Jean Hébert

LA TABLE DES MATIÈRES

LA LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	2
1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS	4
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	8
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS.....	9
3.1 L'établissement	9
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives.....	12
3.3 Les faits saillants	22
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	43
4.1 Le chapitre III – Attentes spécifiques	43
4.2 Le chapitre IV – Engagements annuels.....	54
5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....	72
5.1 L'agrément.....	72
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services	74
5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement	89
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits	90
5.5 L'information et la consultation de la population.....	90
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE.....	92
7. LES RESSOURCES HUMAINES	94
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES	96
8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	96
8.2 L'équilibre budgétaire	96
8.3 Les contrats de services.....	97
9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	98
10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	113
ANNEXE – Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	119

2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2017-2018 du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.

Le président-directeur général,


Jean Hébert P.d.S.

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

3.1 L'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais offre des services de santé et des services sociaux variés à la population de l'Outaouais, qui comptait 392 785 habitants en 2017*.

Le siège social est situé à l'adresse suivante :

80 avenue Gatineau
Gatineau (Québec) J8T 3J4

La Mission du CISSS de l'Outaouais

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population de l'Outaouais en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique de la région.

La Vision du CISSS de l'Outaouais

Des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins de la population de l'Outaouais.

Pour ce faire :

- Nous sommes engagés envers la qualité de nos services, le respect des usagers et la recherche constante d'innovation, ce qui nous amène à nous dépasser;
- Nous faisons face aux défis stimulants qui nous attendent en nous appuyant sur le talent et la passion de nos employés et de nos partenaires qui croient qu'il y a toujours une meilleure façon de faire les choses.

Les Valeurs du CISSS de l'Outaouais

Bienveillance

Au CISSS de l'Outaouais, nous faisons preuve de considération et de respect à l'égard de toutes les personnes avec lesquelles nous interagissons. Nous faisons preuve d'écoute, de courtoisie et de compassion, tout en soulignant l'importance du rôle de chacun.

Professionnalisme

Au CISSS de l'Outaouais, nous développons et mettons à contribution toutes nos compétences et nos expertises dans la réalisation de notre mission. Nous agissons avec rigueur, courage et efficacité.

*Données 2017 de l'Institut de la statistique du Québec

Collaboration

Au CISSS de l'Outaouais, nous agissons dans un esprit d'entraide, de partage, de cohérence et de cohésion. Nous reconnaissons l'apport de toute personne en suscitant son implication et sa mobilisation.

Engagement

Au CISSS de l'Outaouais, nous sommes engagés, responsables et solidaires de nos décisions et de nos actes. Nous agissons de manière juste, équitable, honnête et transparente en tout temps.

La vocation suprarégionale

Le CISSS de l'Outaouais étend sa responsabilité populationnelle au-delà du territoire pour lequel il est désigné, notamment pour la radio-oncologie. Outre la population de l'Outaouais, le CISSS de l'Outaouais dessert également la clientèle de la région de l'Abitibi-Témiscamingue pour les traitements de radiothérapie.

3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives

3.2.1 Le conseil d'administration

Membres désignés

- D^r Jean-François Simard – Département régional de médecine générale (DRMG);
- M. Germain Charron – Comité des usagers (CU);
- M. Mathieu Nadeau – Conseil multidisciplinaire (CM);
- Vacant – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- M. François-Régis Fréchette – Conseil des infirmières et infirmiers (CII);
- M^{me} Johanne Asselin – Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP).

Membres nommés

- M. Jean Hébert – Président-directeur général du CISSS de l'Outaouais;
- M^{me} Murielle Laberge – Milieu de l'enseignement.

Membres indépendants

- M^{me} Lucie Lalonde – Présidente – Expertise à titre d'utilisateur des services sociaux;
- M^{me} Lise Coulombe – Expertise en jeunesse;
- M. Michel Hébert – Expertise en réadaptation;
- M^{me} Judy Millar – Compétence en gouvernance et éthique (Comité de langue anglaise);
- M^{me} Julie Pépin – Compétence en vérification, performance et qualité;
- M. Michel Roy – Compétence en gestion des risques, finances et comptabilité;
- M^{me} Monique Séguin – Expertise en santé mentale;
- M. Jean-François Trépanier – Vice-président – Compétence en immobilisation, informatique et ressources humaines;
- M. Gilbert W. Whiteduck – Expertise dans les organismes communautaires (Premières Nations).

Membre observateur

- M^{me} Louise Poirier - Fondation

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Aucun manquement au code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration n'a été constaté au cours de l'année par les instances disciplinaires. En conséquence, on ne dénote aucun cas traité, aucune sanction imposée et aucune personne révoquée ou suspendue.

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais se trouve à l'annexe du rapport annuel de gestion et peut être consulté sur le site Web de l'établissement à l'adresse suivante : www.cisss-outaouais.gouv.qc.ca

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

LES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	
<ul style="list-style-type: none">• Comité de gouvernance et d'éthique• Comité de révision• Comité de vérification• Comité de vigilance et de la qualité• Comité des ressources humaines	
LES CONSEILS PROFESSIONNELS	LES AUTRES COMITÉS ET INSTANCES CONSULTATIVES
<ul style="list-style-type: none">• Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)• Conseil des infirmières et infirmiers (CII)• Conseil multidisciplinaire (CM)• Conseil des sages-femmes (CSF)	<ul style="list-style-type: none">• Comité directeur du Département régional de médecine générale (DRMG)• Comité de gestion des risques stratégique (CGRi)• Comité d'éthique de la recherche (CÉR)• Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Les comités du conseil d'administration

Le conseil d'administration reçoit le soutien des comités suivants :

Comité de gouvernance et d'éthique

Le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

1. des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
2. un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la loi;
3. des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
4. un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
5. en outre, il doit procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration (art. 181.0.0.1, LSSSS);
6. et les fonctions soulevées dans le code d'éthique et de déontologie des administrateurs de conseil d'administration.

Membres : M. Michel Roy, président, M^{me} Monique Séguin, M. Michel Hébert, M^{me} Lise Coulombe et M. François-Régis Fréchette.

Comité de révision

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur d'un établissement du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux.

Membres : M. Michel Roy, président, D^{re} Amélie Gervaise et D^r Gilles Aubé.

Comité de vérification

Le comité de vérification a notamment pour fonctions de :

1. s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
2. s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
3. réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
4. examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration ;
5. recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
6. veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats;
7. formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne;
8. réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le conseil d'administration (art. 181.0.0.3, LSSSS).

Membres : M. Michel Hébert, président, M^{me} Julie Pépin, vice-présidente et secrétaire, M. Michel Roy, M^{me} Judy Millar, M^{me} Lucie Lalonde et M. Jean-François Trépanier.

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services.

Le comité de vigilance et de la qualité a notamment pour fonctions de :

1. recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
2. favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;
3. établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration;
4. faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
5. assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;

6. veiller à ce que le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaine, matérielle et financière nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
7. exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3).

Membres : M^{me} Murielle Laberge, présidente, M. Jean Hébert, président-directeur général, M^{me} Judy Millar, secrétaire, M. Germain Charron, M^{me} Marion Carrière, commissaire aux plaintes et à la qualité des services et M. Gilbert W. Whiteduck qui siège comme invité permanent.

Comité des ressources humaines

Le comité des ressources humaines a notamment pour fonctions de :

1. s'assurer de la cohérence des pratiques de gestion des ressources humaines en lien avec les différents leviers de mobilisation ainsi que des politiques rattachées à la gestion des ressources humaines;
2. recevoir, analyser et recommander l'adoption au conseil de la planification de la main-d'œuvre;
3. recevoir, analyser et recommander l'adoption au conseil des différentes politiques de gestion concernant les conditions de travail des cadres déterminées par règlement;
4. recevoir, analyser et recommander l'adoption au conseil du plan global de développement des ressources humaines;
5. recevoir et étudier les indicateurs de gestion tels que : le temps supplémentaire, la main-d'œuvre indépendante, l'absentéisme pour maladie, les plaintes de harcèlement ou tout autre indicateur à la demande du conseil;
6. assurer le suivi et recommander au conseil les dispositions relatives à la gestion du personnel d'encadrement reliées à la loi et aux règlements de la santé et des services sociaux ainsi qu'au règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres, par exemple, pour l'embauche de cadres supérieurs.

Membres : M. Michel Hébert, M^{me} Lucie Lalonde, M^{me} Lise Coulombe, M. Mathieu Nadeau et M. Jean-François Trépanier.

Les conseils professionnels

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

En vertu de la Loi sur les services de santé et services sociaux, un CMDP a notamment pour responsabilités de contrôler la qualité des actes et l'excellence des soins en formulant des recommandations, en évaluant les compétences des médecins, dentistes et pharmaciens et en donnant son avis sur les aspects professionnels liés à l'organisation technique et scientifique de l'établissement (L.R.Q., c.S-4.2, art. 214).

Le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais a tenu treize (13) rencontres régulières, deux (2) rencontres exceptionnelles, une (1) rencontre téléphonique, en plus d'une assemblée générale annuelle.

La composition du comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au 31 mars 2018 se lit comme suit :

<ul style="list-style-type: none"> • D^{re} Valérie Guilbault, présidente • D^r Jérôme Champvillard, vice-président • D^{re} Ruth Vander Stelt, secrétaire • M^{me} Audrey Boisvert, trésorière • D^{re} Marie-Hélène Verreault • D^r Peter Bonneville • D^{re} Audrey Bertrand • D^{re} Dorothée Leduc 	<ul style="list-style-type: none"> • D^r Henri Gaspard • D^{re} Michelle Cicalo • D^r Simon Taillefer • D^r Florina Toma • D^r Guy Morissette, directeur des services professionnels • M. Jean Hébert, président-directeur général
---	--

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le Conseil des infirmières et des infirmiers est composé de l'ensemble des infirmières et infirmiers qui exercent leurs fonctions dans tout centre exploité par l'établissement. En vertu de la Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q., c.S-4.2, art. 220), le conseil exerce les responsabilités suivantes :

- Apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre 1-8) et exercées dans le centre.
- Faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans le centre.
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le centre.
- Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Afin d'assurer son mandat, le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII) du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais a tenu cinq (5) rencontres régulières, une (1) journée de travail, en plus d'une (1) assemblée générale annuelle. De plus, le CECII a appuyé et soutenu les activités du Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires mais aussi du Comité de la relève infirmière. La composition du CECII au 31 mars 2018 se lit comme suit :

<ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Émilie Delisle, présidente • M. Bertrand Dureau, vice-président • M^{me} Marjolaine Lauriault, secrétaire • M^{me} Alexandrine Alexandre, trésorière • M^{me} Josée Desrivières • M^{me} Sara Falardeau • M^{me} Chloé Laframboise • M^{me} Dominique Lévesque 	<ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Monique Masseau • M^{me} Chantal Morin • M^{me} Audrey Simard • M^{me} Martine Potvin, membre observateur • M^{me} Gail Ryan, directrice des soins infirmiers • M. Jean Hébert, président-directeur général • D^r Daniel Tardif, président-directeur général adjoint, membre observateur
--	---

Conseil multidisciplinaire (CM)

Le Conseil multidisciplinaire est composé de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire et qui exercent pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement. Au CISSS de l'Outaouais, nous sommes près de 2400 membres.

En vertu de la Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q., c.S-4.2, art. 227), le conseil multidisciplinaire est responsable envers le conseil d'administration de :

- Constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement.
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement.
- Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le Conseil multidisciplinaire a tenu six (6) réunions régulières, deux (2) conférences téléphoniques en plus d'une assemblée générale annuelle. La composition du comité exécutif du conseil multidisciplinaire au 31 mars 2018 se lit comme suit :

• M ^{me} Sonia Létourneau, présidente	• M ^{me} Caroline Lanthier
• M ^{me} Fanny Lacroix, vice-présidente	• M ^{me} Brigitte Massé-Dassylva
• M ^{me} Marie-Claude Courteau, secrétaire	• M ^{me} Michèle Pellerin
• M. Sébastien Veillette, trésorier	• M ^{me} Linda Sullivan
• M. Pascal Boudreault	• M ^{me} Angèle Turgeon
• M ^{me} Geneviève Cléroux	• M. Jean Hébert, président-directeur général
• M ^{me} Marie-Josée Lacroix	• M ^{me} Julie Bonneville, directrice des services multidisciplinaires
• M ^{me} Nathalie Lalonde	
• M. Pierre Lamirande	

Conseil des sages-femmes (CSF)

Le Conseil des sages-femmes est composé de toutes les sages-femmes qui exercent au CISSS de l'Outaouais. Selon la Loi (L.R.Q., S-4.2, art. 225.3), il est tenu responsable envers le conseil d'administration de :

- Contrôler et d'apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement.
- Faire des recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres.
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres.
- Faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande de contrat pour exercer au CISSS de l'Outaouais.

- Faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme.
- Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration

En 2017-2018, le Conseil des sages-femmes a tenu trois (3) réunions régulières, trois (3) rencontres de révision par les pairs, quatre (4) réunions extraordinaires en plus d'une assemblée générale annuelle. La composition du comité exécutif du conseil des sages-femmes au 31 mars 2018 se lit comme suit :

• M ^{me} Tobi-Lynn Bayarova, présidente	• M ^{me} Line Ferland-Alain
• M ^{me} Éloïse Lupien-Dufresne, vice-présidente	• M ^{me} Saïda Hamzaoui
• M ^{me} Andréa Houle, vice-présidente	• M ^{me} Julie Léonard
• M ^{me} Parvin Makhzani, secrétaire	• M ^{me} Mireille Lévesque
• M ^{me} Rokšana Behruzi	• M ^{me} Michèle Matte
• M ^{me} Kaoutar Bouadel	• M ^{me} Johanne Savoie
• M ^{me} Emmanuelle Denie-Filion	• M ^{me} Nadia Zahali
• M ^{me} Martine Dumais	• M. Jean Hébert, président-directeur général

Les autres comités et instances consultatives

Comité directeur du Département régional de médecine générale (DRMG)

Le mandat du comité directeur du département régional de médecine générale est le suivant :

1. Faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux (PREM) et, une fois que le ministre a approuvé le plan, assurer la mise en place et l'application de la décision du CISSS relative à ce plan;
2. Définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux lequel doit préciser, par territoire de réseau local de services (RLS) les services dispensés à partir d'un cabinet, d'un CLSC ou d'une clinique externe, la nature des services existant et attendus en termes d'accessibilité et de la prise en charge des diverses clientèles et assurer la mise en place et l'application de la décision du CISSS relative à ce plan;
3. Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégrée, la garde en disponibilité pour les services dispensés en CHSLD et pour le programme de soutien à domicile et assurer la mise en place et la coordination, le tout devant s'inscrire à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
4. Faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires et en assurer la mise en place;
5. Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières (AMP) visées à l'article 361 et assurer la mise en place et la gestion des activités reconnues dans cette liste;

6. Évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du plan régional des effectifs médicaux (PREM) relative aux médecins omnipraticiens;
7. Donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux;
8. Donner son avis sur certains projets relatif à l'utilisation de médicaments;
9. Donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé;
10. Réaliser toute autre fonction que lui confie le président-directeur général du CISSS relativement aux services médicaux généraux.

La composition du comité directeur du DRMG se lit comme suit :

<ul style="list-style-type: none"> • D^r Marcel Reny, chef • D^{re} Anh-Thu Vu-Khanh, secrétaire • D^{re} Audrey Bertrand • D^r Robert Bisson • D^r Guy Bonenfant • D^r Guillaume Berthier • D^r Nicolas Gillot • D^r Marcel Guilbault 	<ul style="list-style-type: none"> • D^{re} Louise Laberge • D^{re} Andrée-Anne Corneau Tousignant • D^{re} Michèle Lajzerowicz • D^r John Wootton • D^r Robert Gendron • M. Jean Hébert, président-directeur général
--	---

Comité de gestion des risques stratégique (CGRi)

Le comité de gestion des risques stratégique a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

1. Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
2. S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
3. Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyses des causes des incidents et accidents, et recommander au conseil d'administration de l'établissement, la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

La composition du comité de gestion des risques stratégique au 31 mars 2018 se lit comme suit :

<ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Constance Vanier, présidente • M^{me} Guylaine Trudel, vice-présidente • M^{me} Julie Whissell, secrétaire • M^{me} Laurence Barraud • M. Germain Charron 	<ul style="list-style-type: none"> • M. Hugo Lemay • M^{me} Colette Morin • M^{me} Martine Potvin • M^{me} Sophie Potvin • M. Marcel Prévost
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Lyne Cousineau • M^{me} Suzanne Denis • M^{me} Martine Dumais • M^{me} Pauline Fortin • M^{me} Caroline Lanthier 	<ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Anik Rioux • M^{me} Johanne Robertson • M^{me} Anne-Renée Simoneau • D^{re} Florina Toma • M. Jean Hébert, président-directeur général
---	---

Comité d'éthique de la recherche (CÉR)

Le mandat essentiel du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) est de mettre en place des mécanismes pour protéger la dignité, le bien-être, la sécurité et les droits des participants à la recherche. L'approbation et le suivi continu d'un projet de recherche par le CÉR doivent constituer une garantie publique de sécurité pour les participants. Le CÉR est responsable de l'évaluation éthique de tous les projets de recherche locaux ou de ceux multicentriques pour lesquels il est le CÉR évaluateur.

Le CÉR est responsable de tout projet de recherche mené au CISSS de l'Outaouais et ce, sur les plans de l'éthique, de la qualité et des éléments financiers. Il s'assure de la validité scientifique du projet ou, si celui-ci a été évalué par un comité scientifique, il s'assure que les aspects scientifiques du projet sont acceptables sur le plan éthique.

Le CÉR doit ajouter à son mandat, des activités d'information, de formation, de promotion et de sensibilisation des chercheurs et des membres du comité aux principes, règles et questions d'éthique de la recherche. Il établit également le cadre réglementaire en éthique de la recherche et le soumet pour approbation au conseil d'administration.

Le CÉR doit déterminer les moyens de suivi continu appropriés. Il s'assure du suivi continu de l'éthique des projets de recherche en cours.

De plus, le CÉR désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux, aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec, a pour mandat d'évaluer, de statuer sur les projets de recherche effectués auprès des personnes mineures ou des personnes majeures inaptes et d'assortir cette approbation, le cas échéant, de conditions à observer.

Les membres du CÉR du CISSS de l'Outaouais se sont réunis à quatre (4) reprises durant l'année 2017-2018 afin d'évaluer quatorze (14) nouveaux projets de recherche en plus d'assurer le suivi de cent vingt-cinq (125) projets actifs.

La composition du comité d'éthique à la recherche au 31 mars 2018 se lit comme suit :

<ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Sylvie Marchand, présidente • M. Henri Fournier, vice-président • M^{me} Véronique Nabelsi, secrétaire • D^r Robert Archambault • M. Guy Beauchamp • M^{me} Marie-Sophie Desaulniers • M^{me} Marie-Claude Fournier 	<ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Catherine Janelle • M^{me} Zoya Kolody • M^{me} Guilhème Pérodeau • M. Jean-Philippe Tremblay • M^{me} Lucie Villeneuve • M^e Frédérick Langlois (suppléant) • M^{me} Yaël Sebban (suppléante)
--	---

Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

Les membres du CUCI ont tenu huit (8) rencontres régulières au cours de l'année 2017-2018 en plus d'une assemblée générale annuelle. Deux (2) recommandations ont été adressées par le CUCI au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais pour l'amélioration de la qualité des services en lien avec le mandat des comités des usagers :

1. *Que le CISSS de l'Outaouais mette l'emphase sur des moyens pour améliorer la communication à l'ensemble de la population (tous les usagers);*
2. *Que l'accès équitable aux services de toute la région demeure une priorité pour le CISSS de l'Outaouais et qu'il poursuive les actions en cours pour y arriver.*

Membres du comité	Rôle
Germain Charron	Président du comité exécutif du CUCI Représentante du CU des installations du territoire de Papineau
Claire Major	Vice-présidente du comité exécutif du CUCI Représentante du CU des installations du territoire de Gatineau
Ronald Nitschke	Trésorier du comité exécutif du CUCI Représentant du CR du territoire de Gatineau
Hélène Béland	Secrétaire du comité exécutif du CUCI Représentante du CU des installations DI-TSA
Charlène Engstrom	Représentante du CU des installations du territoire des Collines
Yolaine Ruel	Représentant du CU des installations du CRR La RessourSe
Vacant	Représentant du CR des installations du territoire du Pontiac
Lucien Brouillette	Représentant du CU des installations du CRD de l'Outaouais
Vacant	Représentant du CU des installations des CJO
Vacant	Représentant en santé mentale (en voie de nomination)
Danielle Fortin	Représentant du CR des installations du territoire des Collines
Lucie Brazeau	Représentante du CR des installations du territoire de Papineau
Vacant	Représentant du CR des installations du territoire du Pontiac
Vacant	Représentant du CR des installations du territoire de la Vallée-de-la-Gatineau

3.3 Les faits saillants

L'année 2017-2018 a été marquée par l'amélioration de la situation des « patients NSA¹ », le soutien et le développement des ressources humaines, la coordination clinique de proximité et le maintien de l'équilibre budgétaire. De façon concise, voici les faits saillants :

- Adoption de la politique de santé organisationnelle;
- Diminution du nombre de « patients NSA » : de 191 en janvier 2017 à moins de 60 au 31 mars 2018;
- Chantier de coordination clinique de proximité;
- Déploiement de services intégrés à la clientèle des Premières Nations;
- Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action pour améliorer la qualité et la sécurité des services cliniques;
- Construction de deux nouvelles unités de vie ouvertes pour jeunes en difficulté d'adaptation (24 places), dans le cadre du projet d'agrandissement du Complexe Héritage à Gatineau;
- Implantation d'un GMF (groupe de médecine de famille - MédiGo) et d'une super-clinique à Gatineau, secteur Hull;
- Bonification de l'équipe de sages-femmes de sa maison de naissance de Gatineau;
- Financement récurrent de la clinique de pneumologie à Gatineau;
- Prolongation des heures d'ouverture sept jours sur sept de l'urgence du CLSC Petite-Nation et création d'un nouveau GMF;
- Création de 99 nouvelles places en hébergement (personnes âgées et santé mentale);
- Ajout de près de 100 000 heures travaillées en CHSLD en Outaouais;
- Investissement récurrent de 1 199 700 \$ en Outaouais pour les services offerts aux personnes atteintes du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et leur famille;
- Amélioration des services en soutien à domicile et bonification des soins d'hygiène en CHSLD;
- Jeunes en difficulté : amélioration des services jeunes et leur famille, rehaussement de services de psychologie et plan d'action pour contrer les fugues;
- Investissements de 1 832 161 \$ récurrents en santé mentale - soutien intensif variable – suivi intensif modéré - personnes ayant un premier épisode psychotique;
- Autorisation du projet de construction d'un nouveau CHSLD à Maniwaki;
- Annonce de l'agrandissement du CHSLD des Collines;
- Annonce de l'implantation future d'une unité satellite d'hémodialyse à l'hôpital du Pontiac et de la mise à niveau de l'endoscopie;
- Annonce du réaménagement de l'unité de périnatalité de l'hôpital de Gatineau comprenant 32 chambres « TARP » (travail/ accouchement/ récupération/ post-partum).

Principaux enjeux du CISSS de l'Outaouais

Les principaux enjeux gravitent autour des priorités organisationnelles qui sont :

- Accessibilité : des soins et services faciles d'accès, connus, offerts en temps opportun et dans le milieu le plus approprié.
- Fluidité : des soins et des services intégrés pour une fluidité dans le parcours de la personne.
- Qualité : des soins et services humanisés, sécuritaires, adaptés et efficaces.
- Efficience : du personnel engagé et mobilisé qui travaille en collaboration et qui assure une saine gestion des ressources disponibles.

Priorités du CISSS de l'Outaouais

Pour 2017-2018, les grandes priorités organisationnelles étaient:

- Les ressources humaines
- La situation des patients NSA¹
- La gouvernance de proximité
- Le maintien de l'équilibre budgétaire

Pour 2018-2019, le conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais a élaboré ses grandes priorités, lesquelles s'ajoutent aux attentes signifiées par le MSSS, et aux engagements pris à la signature de l'Entente de gestion et d'imputabilité. Elles sont :

- Mise en œuvre du plan de communications internes et externes
- Mise en application de la politique de santé organisationnelle
- Amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la sécurité des services
- Rapatriement des services consommés en Ontario par la population de l'Outaouais et augmentation de l'autosuffisance régionale
- Planification de la relève des cadres supérieurs

Portrait par direction

Quatre directions programme santé physique générale et spécialisée, six directions programmes sociaux et de réadaptation trois directions soutien, administration et performance et deux directions administratives sont responsables de l'ensemble des services offerts à la population. Dans les pages qui suivent, vous trouverez une description plus détaillée des services offerts, des enjeux 2018-2019 de même que les réalisations 2017-2018 et leur lien avec la planification stratégique 2015-2020, distribués par direction.

¹ Patients « NSA » : des personnes qui ne nécessitent plus de soins de courte durée, mais qui continuent d'occuper des lits de courte durée en attendant leur admission dans un milieu de soins plus approprié comme les services à domicile ou un établissement de soins en hébergement.

Directions programme santé physique générale et spécialisée

Direction de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche (DERUR)

La DERUR coordonne l'ensemble des activités de recherche et l'ensemble des stages cliniques de l'établissement en déployant les services suivants :

- Un centre de recherche comprenant un bureau de la recherche et quatre axes de recherche, un comité scientifique et une assemblée des chercheurs;
- Un service de coordination de tous les stages cliniques (universitaires, collégiaux et centres de formations professionnelles), soit médical, en soins infirmiers et en services professionnels;
- Un service d'organisation de l'externat en soins infirmiers, inhalothérapie et techniques de laboratoire;
- Deux cliniques offrant des services de santé en communauté combinant une mission d'enseignement dont la formation des médecins de famille.

La DERUR développe des activités de mission universitaire :

- Un centre de bibliothèques pour tout le territoire;
- Un portail clinique pour les intervenants du territoire et les partenaires;
- Une plateforme E-Learning Connexence;
- Une organisation de colloques;
- Deux (2) contrats d'affiliation avec nos deux (2) universités principales soit l'UQO et l'Université McGill.

Au total, on compte plus de 9 500 semaines de stages par an sur tout le territoire de l'Outaouais dont 2 333 en médecine, 4 512 en soins infirmiers et 2 700 en services professionnels. Cela représente une augmentation de 8,8% par rapport à l'année dernière.

Enjeux :

- Participation médicale au Campus Médical Outaouais (CMO) pour la faculté de médecine.
- Développement de nouveaux stages dans un contexte de pénurie de personnel (pour le volet supervision) et diminution des cohortes d'étudiants dans les maisons d'enseignement.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Journée de la recherche « Pour des pratiques innovantes...soyons partenaires » - 9 juin 2017. (135 participants)	Organisation efficiente
2. 12 ^e Congrès en santé mentale : « La santé mentale à visage découvert, la personne dans son milieu » - 26-27 octobre 2017. (370 participants)	Organisation efficiente
3. GMF-U avec taux d'assiduité de 92,1%, le plus haut des GMF-U de la province et nos 15 places de résidents en médecine de famille comblés (passage de 12 à 15) alors que 65 places non comblées au Québec.	Première ligne et urgence
4. Financement de deux projets par les fonds d'innovation (MEDTEQ) sur 708 proposés : SEKMED et ALAYACARE.	Organisation efficiente

5. Acceptation du programme fonctionnel et technique (PFT) du Campus santé Outaouais avec respect de l'échéancier et du budget.	Organisation efficiente
6. Démarrage du projet « eConsult » au GMF-U, financé par la FCASS (Fondation canadienne en amélioration des services de santé).	Première ligne et urgence
7. Déploiement du portail clinique.	Organisation efficiente

Direction des soins infirmiers (DSI)

La Direction des soins infirmiers (DSI) se divise en deux grands axes : le premier inclut l'offre de services en lien avec la pratique professionnelle et le second inclut une offre de services en lien avec des soins en santé physique directs à la population.

En ce qui concerne l'axe de la pratique professionnelle, la DSI assume les activités qui lui sont dévolues par la Loi (art. 207 de la LSSS), c'est-à-dire, surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés dans le centre. Les activités reliées à la pratique clinique au quotidien sont actualisées par une équipe de cadres-conseils en soins appuyée par une équipe chevronnée de moniteurs et de conseillères en soins. La pratique professionnelle assume également la gestion de la prévention des infections pour l'ensemble de nos sites.

En ce qui concerne les services de soins en santé physique à la population, la DSI assume :

- la gestion des urgences et services communautaires incluant la gestion des services dans les huit salles d'urgence du territoire ainsi que les services de première ligne en santé courante, les maladies chroniques et soins palliatifs ainsi que les services en centre de détention;
- la gestion des unités d'hospitalisation sur tout le territoire réparti dans six hôpitaux ainsi que les services en spécialités dont : la néphrologie, la cardiologie et les soins intensifs;
- la gestion des blocs opératoires dans cinq hôpitaux, le service en endoscopie ainsi que la gestion des services de cancérologie en centre régional et en centre de proximité
- la gestion des dons d'organes et de tissus pour l'ensemble de l'établissement.

Enjeux :

- Assurer une saine gestion des effectifs des ressources humaines.
- Assurer une saine gestion des dépenses liées à la direction.
- Assurer une offre de services de proximité.
- Développer des approches intra et inter professionnelles.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Urgences et services de première ligne : <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'obtention de désignation de centre secondaire dans le cadre du continuum AVC. ▪ Révision du processus de réorientation des P4-P5 en salles d'urgence ▪ Développement du continuum en soins de plaies et stomies ▪ Harmonisation des pratiques organisationnelles des cliniques externes de physiothérapie ▪ Poursuite des travaux en lien avec l'augmentation de l'offre de services à l'urgence de la Petite-Nation 	Première ligne et urgence Personnes vulnérables Services spécialisés

<p>2. Unités d'hospitalisation et services spécialisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place des salles de pilotage opérationnelles (stations visuelles) ▪ Travaux de construction de l'unité satellite du Pontiac en hémodialyse ▪ Mise à niveau de la salle d'hémodynamie ▪ Révision des missions hospitalières et de certains services spécialisés et révision de la composition des diverses équipes 	<p>Organisation efficiente e Services spécialisés Sécurité et pertinence</p>
<p>3. Chirurgie et oncologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuite des travaux de mise à niveau en endoscopie et révision de l'organisation du travail ▪ En chirurgie et en oncologie, poursuite des démarches en lien avec l'organisation du travail, le climat de travail et les services technologiques 	<p>Organisation efficiente Mobilisation du personnel Services spécialisés</p>
<p>4. Gestion des plaintes, des rapports de coroner et gestion des risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision du mécanisme de gestion et de suivis de l'ensemble des dossiers 	<p>Organisation efficiente Sécurité et pertinence Personnes vulnérables</p>
<p>5. Pratique professionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision de l'offre de services ▪ Développement d'un plan de qualité en soins infirmiers incluant la ligne de soutien téléphonique ▪ Suivi des dossiers en lien avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) ▪ Proposition de réorganisation des services en prévention des infections : dépistage de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) 	<p>Organisation efficiente Prévention des infections Mobilisation du personnel</p>

Direction des services multidisciplinaires (DSM)

La direction des services multidisciplinaires (DSM) compte quatre volets qui sont : le soutien à la pratique professionnelle des membres du conseil multidisciplinaire, l'accueil intégré (Info-Social et Info-Santé), le service des archives et les réceptions ainsi que la gestion de l'information clinique.

Le volet du soutien à la pratique professionnelle des membres du conseil multidisciplinaire vise à développer et maintenir la qualité de la pratique professionnelle en favorisant la promotion, le développement et la mise en place des meilleures pratiques cliniques dans un contexte d'interdisciplinarité. La DSM soutient le Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) dans la réalisation de ses mandats.

L'Accueil intégré est constitué de l'Info-Social et de l'Info-Santé qui sont des services de consultation téléphonique disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Ils donnent accès à l'expertise d'une infirmière pour les enjeux de santé physique et à un intervenant social pour les enjeux psychosociaux. Ce service constitue une des portes d'entrée des demandes d'aide au CISSS de l'Outaouais.

Le service des archives et réception assure la gestion de tous les dossiers des usagers du CISSS de l'Outaouais, et ce, en respect des lois, politiques et procédures en vigueur. Ce service est aussi responsable de l'application du processus des demandes d'accès à l'information clinique.

Le volet de la gestion de l'information clinique est responsable du pilotage de divers systèmes d'information clientèle ainsi que du processus de classification et de conservation de tous les types de documents du CISSS de l'Outaouais. Ce service assure aussi la transcription des diagnostics (pathologie, imagerie, etc.) de tous les services d'analyse médicale.

Enjeux :

- Recrutement et rétention du personnel;
- Maintien de l'équilibre entre les ressources financières, la disponibilité du personnel et l'augmentation des besoins des directions soutenues par la DSM;
- Préparation de la gestion du changement en lien avec la mise en place du dossier clinique informatisé;
- Harmonisation des processus de reddition de comptes en lien avec la mise en place du financement axé sur le patient ainsi que le coût par parcours de soins et services.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Mise en place de l'Accueil intégré qui présente un modèle d'organisation de service novateur afin d'améliorer l'accès aux services du CISSS de l'Outaouais en assurant une réponse téléphonique adaptée et rapide aux demandes de services de la population, et ce, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7; ce qui représente une augmentation de 105 heures par semaine de l'accès au CISSS de l'Outaouais.	Organisation efficiente Première ligne et urgence
2. Poursuite des travaux en vue de l'implantation du dossier clinique informatisé (DCI) qui à terme, permettra un meilleur accès à l'information clinique en temps opportun.	Organisation efficiente
3. Rédaction et diffusion d'une politique sur le consentement aux soins et services du CISSS de l'Outaouais.	Organisation efficiente
4. Mise en place d'un système de reconnaissance automatique de la parole (reconnaissance vocale) permettant de transcrire automatiquement les rapports dictés par les médecins de certains services spécialisés. La mise en place de ce nouveau processus, nous a permis de réduire significativement les délais de transcription et de disponibilité de ces rapports.	Organisation efficiente Services spécialisés
5. Révision du processus de codification des banques de données I-CLSC et MED-ÉCHO afin d'harmoniser les procédures pour l'ensemble des services concernés. Cette révision permet d'assurer que les bases de données reflètent la dispensation des services en milieu communautaire et hospitalier du CISSS de l'Outaouais.	Organisation efficiente

Direction des services professionnels (DSP)

La DSP est composée de trois directions adjointes : 1) accès en établissement et dans la communauté; 2) services diagnostiques et 3) soutien à la pratique (activités relatives à la pratique professionnelle des médecins, dentistes et pharmaciens).

Les activités diversifiées de la DSP sont réparties sur tout le territoire du CISSS de l'Outaouais et s'adressent à plusieurs programmes clientèles. En plus d'offrir un soutien à la pratique pour l'ensemble des professionnels du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), les activités de cette direction visent également à assurer l'accès aux services de proximité, aux urgences, aux médecins de famille, aux cliniques spécialisées et à la planification chirurgicale.

La gestion des services de laboratoires, d'imagerie médicale et de pharmacie est également assumée par la DSP, de même que celle des services préhospitaliers d'urgence, du programme de traumatologie, de la Télésanté et du programme de Remboursement des services médicaux reçus en Ontario.

Par ailleurs, la DSP pilote les activités de recrutement médical pour l'Outaouais et assure la coordination des activités du Département régional de médecine générale (DRMG), du CMDP (et de tous ses sous-comités) et des départements médicaux.

Enjeux :

- L'implantation de la cogestion médicale;
- La poursuite du déploiement des bilans comparatifs de médicaments (BCM) pour toutes les clientèles de tous les secteurs, et ce, en vue de l'Agrément 2019;
- Le recrutement et la rétention des effectifs médicaux, tant en omnipratique qu'en spécialités;
- L'accessibilité aux examens et services diagnostiques;
- La fluidité des trajectoires menant à l'hospitalisation des patients séjournant à l'urgence (incluant les durées moyennes de séjour (DMS) pour la clientèle sur civière à l'urgence).

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Amélioration de l'accessibilité aux examens d'imagerie médicale : <ul style="list-style-type: none"> - Ajout de plage horaire pour la tomodynamométrie (scan) et pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM). - Diminution du délai de transcription des rapports d'imagerie médicale suite à l'arrivée du système de reconnaissance vocale. 	Services spécialisés
2. Département de pharmacie : Mise en place d'une équipe régionale assurant la certification des employés impliqués dans les préparations stériles en réponse aux normes établies par l'Ordre des pharmaciens du Québec.	Sécurité et pertinence
3. Atteinte des cibles ministérielles pour les délais de réalisation de consultations par les spécialistes à l'urgence pour les visites ayant des priorités de triage de 1 à 3, et ce, dans les deux urgences urbaines : <ul style="list-style-type: none"> - Délai de réalisation < 2 heures : Atteinte de la cible de 40%. - Délai de réalisation < 4 heures : Atteinte de la cible de 75%. 	Première ligne et urgence
4. Amélioration de la réponse par la centrale téléphonique, notamment pour la clinique d'orthopédie. <i>Il n'y a plus de plainte, ni demande d'assistance en lien avec l'accessibilité téléphonique suite à une réorganisation des ressources humaines.</i>	Services spécialisés
5. Département régional de médecine générale (DRMG) : <ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des 20 postes du PREM 2017 ont été octroyés. L'Outaouais atteint le seuil de 80% de la population inscrite à un médecin de famille et joint ainsi la moyenne provinciale. - Un 14e GMF en Outaouais a adhéré au Programme et un 1er GMF-R a ouvert ses portes en juillet 2017. 	Première ligne et urgence

Directions programmes sociaux et de réadaptation

Direction de santé publique (DSPu)

La DSPU agit selon les mandats légaux qui lui sont conférés notamment par la Loi sur la santé publique et la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Elle exerce les fonctions de surveillance de l'état de santé de la

population de l'Outaouais, de prévention en amont des problèmes de santé et des problèmes sociaux, de protection et de promotion de la santé.

Les directions de santé publique des 18 territoires (régions) du Québec appliquent le Programme national de santé publique (PNSP), une approche stratégique commune pour l'amélioration de la santé des Québécois, basée notamment sur la réduction des iniquités sociales de santé et le développement des communautés. Le nouveau PNSP 2015-2025 est adapté aux caractéristiques de l'Outaouais dans le développement du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2016-2025 du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais.

La DSPU coordonne dans le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais la dispensation de services directs à des personnes : vaccination, suivis de grossesses à risque élevé, gestion des éclosions et des infections transmises sexuellement et par le sang, etc. La DSPU soutient aussi par son expertise des programmes préventifs destinés à des groupes ou à des populations : dépistage du cancer du sein, soutien à l'allaitement, prévention des chutes chez les personnes âgées, services de santé au travail donnés aux entreprises de l'Outaouais, etc. Les professionnels de la DSPU collaborent aussi avec les acteurs du réseau de la santé et des autres secteurs de la société civile pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie et le développement d'environnements physiques et sociaux sains et sécuritaires.

Enjeu :

- Le Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2016-2025 doit faire l'objet d'un vaste consensus régional, puisqu'il constituera la feuille de route pour la mise en œuvre d'actions régionales efficaces pour améliorer de façon continue l'état de santé de la population de l'Outaouais durant la prochaine décennie.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Politique pour un environnement sans fumée adoptée au CA du CISSS de l'Outaouais et soutien pour la poursuite des travaux en lien avec la mise en place des mesures inscrites dans la politique.	Habitudes de vie
2. De concert avec l'ensemble des commissions scolaires de l'Outaouais, la Ville de Gatineau et Québec en Forme, collaboration à l'Enquête EN FORME 2018 portant sur les habitudes de vie, l'estime de soi et la persévérance scolaire des jeunes des écoles primaires (5e et 6e années) et secondaires (sec. I à V) de l'Outaouais.	Habitudes de vie
3. Révision globale de l'offre du programme Y'a personne de parfait (Y'APP) offert par 11 organismes communautaires de l'Outaouais. Ils visent l'enrichissement de l'expérience parentale pour des parents plus vulnérables qui ont des enfants âgés de cinq ans et moins. Les actions entreprises ont été: révision des ententes, sondage auprès des organismes qui offrent le Y'APP pour connaître leurs besoins, développement d'outils de promotion du programme, formations, etc.	Habitudes de vie Personnes vulnérables
4. Contribution au démarrage du projet 1000 jours pour savourer la vie dans la période postnatale dans une communauté de l'Outaouais. Ce projet vise les femmes qui ont de jeunes enfants et qui sont en situation de précarité économique. Il vise à favoriser l'adoption de bonnes habitudes alimentaires.	Habitudes de vie Personnes vulnérables
5. Contribution de la Direction de santé publique à un projet de rénovations de l'Office municipal d'habitation de Gatineau (OMHG) dans un de ses parcs immobiliers pour travailler sur les caractéristiques de résilience des bâtiments dans un contexte de changements climatiques.	Personnes vulnérables

Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

La DPJ est responsable d'assurer la protection des enfants dont la sécurité et le développement peuvent ou sont compromis. Elle est également responsable des mineurs de 12 à 17 ans qui commettent des délits au niveau criminel (LSJPA).

Les services offerts sont les suivants :

- la réception et le traitement des signalements (il s'agit de la porte d'entrée des services). Ce service offre également de la consultation et des informations à la population;
- le service d'urgence sociale (24/7)
- trois services d'évaluation-orientation;
- le service de révision;
- le service de supervision clinique;
- le service d'adoption;
- le service des antécédents-retrouvailles;
- le service des transferts inter CJ;
- le service de l'expertise psychosociale;
- le service LSJPA (Loi sur le système de justice pénale pour adolescents) :
 - délégués à la jeunesse;
 - unité de garde fermée;
- le service intégré aux Premières Nations;
- le service de coordination soir-nuit-fin de semaine et garde psychosociale.

Enjeux :

- Recrutement et rétention du personnel;
- Équilibre budgétaire;
- Listes d'attentes en protection de la jeunesse;
- Consolidation du Service intégré aux Premières Nations.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Consolidation du Service intégré aux Premières Nations*	Personnes vulnérables Première ligne et urgence Organisation efficiente
2. Développement de postes additionnels à l'évaluation-orientation, à la réception/traitement des signalements (RTS) et à l'expertise psychosociale	Services spécialisés Personnes vulnérables Organisation efficiente
3. Déploiement des modifications au Code civil ainsi qu'à la Loi sur la protection de la jeunesse	Organisation efficiente Personnes vulnérables

*Le Service intégré aux Premières Nations a débuté depuis un an ses services dans le cadre d'une équipe qui regroupe les intervenants en protection de la jeunesse à qui se sont ajoutés une aide sociale en

provenance de la communauté du Lac Barrière, une infirmière en provenance de la Direction des soins infirmiers, une auxiliaire familiale en provenance de la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, une travailleuse sociale en provenance de la Direction des programmes santé mentale et dépendance et un poste de médecin depuis avril 2018. L'objectif de mieux desservir et agir comme agent de liaison pour les gens des Premières Nations particulièrement ceux vivant hors réserve progresse positivement. Nous travaillons en étroite collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Maniwaki, le Centre Wanaki et les communautés qui nous ont exprimé leurs besoins ainsi que les autres partenaires de Maniwaki, tels que les policiers, milieux scolaires et organismes communautaires.

- Des calendriers de rencontres sont maintenant établis avec nos partenaires.
- Nous avons conclu une entente pour la traduction Anishnabeg et anglais avec une personne membre de la communauté du Lac Barrière.
- Nous avons développé une procédure sur la base d'un formulaire pour partager de l'information entre professionnels autochtones et allochtones.
- Nous poursuivons la démarche entreprise pour donner de la formation aux intervenants de Maniwaki, tout secteur confondu, dispensée par nos partenaires des deux communautés.
- Nous collaborons à la Table d'accessibilité aux Premières Nations de Maniwaki.
- Nous développons, avec le Centre d'amitié autochtone, différentes initiatives pour soutenir les enfants, les adultes et les personnes âgées face à certains besoins exprimés.
- Nous sommes à aménager l'accueil de l'hôpital de Maniwaki ainsi qu'une salle à l'étage avec des symboles des Premières Nations pour un accueil plus personnalisé qui inclut un endroit pour l'utilisation des médecines traditionnelles.
- Un service de bénévoles dédié aux Premières Nations est également en élaboration.

Notre établissement a soutenu le Centre d'amitié autochtone financièrement en lui allouant une somme de 92 000\$ pour aménager et rénover certains volets du Centre. Le service déménagera en juin dans des locaux adjacents au Centre hospitalier qui permettront de mieux accueillir les gens des Premières Nations en besoin de services.

Direction programme jeunesse (DJ)

La direction des programmes jeunesse regroupe l'ensemble des services à la jeunesse, de la période prénatale et jusqu'à l'âge de 18 ans, à l'exception des services pour la clientèle DI, TSA et DP.

Les services offerts sont les suivants : périnatalité hospitalière, obstétrique, néonatalogie, Maison de naissance, pédiatrie, psychiatrie jeunesse, périnatalité universelle, services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE), développement de l'enfant, santé scolaire, jeunes en difficulté, application des mesures en protection de la jeunesse, santé mentale et dépendance. S'ajoutent à ces services sept centres de réadaptation pour jeunes présentant des difficultés d'adaptation (72 places), un centre de réadaptation pour jeunes ayant une problématique de dépendance (10 places), un centre de jour en hôpital psychiatrique (15 places), ainsi qu'un centre de jour en réadaptation (16 places).

Certains des services de la direction sont offerts en milieu hospitalier (CH de Gatineau et HPJ), mais la majorité s’offre en communauté via des équipes interdisciplinaires territoriales et des équipes intégrées en milieu urbain.

Enjeux :

- Attraction, recrutement et rétention de la main-d’œuvre
- Santé organisationnelle (assurance salaire)
- Performance clinique, notamment :
 - ✓ l’accessibilité aux services – diminution des délais d’attente
 - ✓ l’harmonisation des services en réadaptation jeunes en difficulté d’adaptation et dépendance jeunesse
 - ✓ l’harmonisation des services jeunesse sur l’ensemble du territoire, notamment les services en jeunes en difficulté (JED)
- Rapatriement de la clientèle qui consomme des services en Ontario tant au niveau de l’obstétrique que de la pédiatrie
- Les fugues en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d’adaptation (CRJDA)

Projets :

- Mise en place du guichet d’accès jeunesse
- Développement d’un service d’interventions brèves et intensives en JED
- Chantier clinique JED
- Chantier clinique en santé scolaire
- Plan d’action pour réduire les fugues en CRJDA
- Agrandissement du complexe Freeman
- Réaménagement de l’unité de périnatalité hospitalière (projet TARP)
- Amélioration des soins intermédiaires en pédiatrie (lits de stabilisation)

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Lancement du Chantier JED et création d’un mode de gouverne avec six sous-chantiers impliquant les employés de la DJ	Première ligne et urgence Personnes vulnérables
2. Déploiement d’une travailleuse sociale à la pédiatrie sociale	Première ligne et urgence Personnes vulnérables
3. Promotion de la nouvelle offre des services de santé scolaire et grande amélioration de la performance de ces services	Prévention des infections
4. Construction du 155 A Freeman en vue du déménagement des jeunes qui sont actuellement hébergés sur la rue Notre-Dame	Mobilisation du personnel Personnes vulnérables
5. Ouverture d’un point de service sages-femmes à Aylmer	Première ligne et urgence

Direction des programmes santé mentale et dépendance (DSMD)

Les services offerts par la DSMD sont balisés à l'intérieur des programmes services suivants : services sociaux généraux (équipe mobile de crise, services psychosociaux), santé mentale (services ambulatoires, équipes de suivi dans la communauté, hospitalisation, hospitalisation de jour, hébergement), dépendance (intervention précoce, services de réadaptation externes et internes, désintoxication et substitution), itinérance (équipe d'intervention et d'outreach) pour la clientèle adulte du territoire, réfugiés et demandeurs d'asile (évaluation du bien-être et de l'état de santé physique).

Enjeux :

- Accès aux services externes de santé mentale et dépendance. Les travaux se poursuivent pour améliorer l'accès aux services par la réorganisation de l'offre de services et l'optimisation.
- Accès à des ressources d'hébergement et à des logements avec soutien communautaire. Plus de vingt nouvelles places d'hébergement de réadaptation ouvriront en 2018-2019 pour les personnes vivant avec une maladie mentale. Les efforts se poursuivront pour accroître le parc de logements avec soutien communautaire avec la collaboration des partenaires communautaires et intersectoriels.
- Disponibilité des ressources humaines. Les travaux se poursuivent en matière de santé et bien-être afin de réduire les coûts en assurance-salaire.
- L'utilisation des lits de débordement en santé mentale qui créent une pression sur le budget de la direction. Des travaux seront réalisés pour réduire au minimum l'utilisation des lits de débordement.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Accroissement de l'accès aux services de soutien dans la communauté en santé mentale (soutien d'intensité variable – suivi intensif) par l'embauche de 18,6 ETC au total.	Personnes vulnérables Services spécialisés Organisation efficiente
2. Développement d'un programme d'interventions auprès des personnes ayant un premier épisode psychotique par l'ajout de 5 ETC professionnels et d'un psychiatre.	Services spécialisés Personnes vulnérables Organisation efficiente
3. Développement de 16 nouvelles places d'hébergement de réadaptation santé mentale et de 4 places de type RI-RTF, entente convenue avec un organisme communautaire pour 6 places et entente soutenant le développement de 20 PSL avec Habitations Nouveau Départ – programme Clés en main.	Personnes vulnérables Organisation efficiente
4. Réduction des délais de prise en charge dans les services en dépendance.	Personnes vulnérables Organisation efficiente Services spécialisés
5. Adoption du plan d'action régional en itinérance.	Personnes vulnérables Organisation efficiente

Direction des programmes en déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme (DDIDPTSA)

La direction des programmes DI-DP-TSA offre une gamme de programmes et de services d'adaptation et de réadaptation afin de développer et soutenir l'autonomie personnelle, résidentielle, sociale, scolaire et professionnelle de la personne.

La direction offre des services selon l'expertise et l'intensité adaptés aux besoins des personnes dans les quatre (4) grands domaines de la réadaptation physique (moteur, visuel, auditif et langagier) ainsi que la gamme complète des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Les services et programmes sont adaptés aux besoins de la clientèle. Ils vont des interventions intensives en réadaptation à l'interne jusqu'au suivi en externe. Ils incluent plusieurs expertises de pointe notamment l'intervention précoce intensive (IPI) pour la clientèle DI et l'intervention comportementale intensive (ICI) pour la clientèle TSA, les programmes en déficience physique (DP) suite à un accident vasculaire cérébral (AVC), un traumatisme crânien cérébral (TCC) ou un implant cochléaire, une amputation, un trouble neuro locomoteur, sans oublier de mentionner l'intervention en trouble grave du comportement (TGC).

Pour favoriser une véritable inclusion de la population desservie, on trouve, d'autre part, des programmes allant du soutien à domicile, incluant l'adaptation domiciliaire jusqu'au milieu d'hébergement substitut non-institutionnel, en passant par les services de répit/dépannage. La participation sociale reste une des composantes essentielles à l'inclusion sociale d'où l'importance des activités de jour (pertinentes, valorisantes et épanouissantes) jusqu'au retour sur le marché du travail. Ces programmes nécessitant parfois les services d'adaptation des véhicules en passant par les programmes de supplément au loyer ou de soutien au transport.

Enjeux :

- Assurer un continuum de réadaptation physique le plus complet possible.
- Avoir les ressources humaines disponibles pour offrir le niveau d'activité planifié dans les différents programmes et pour intensifier les services de soutien à domicile qui devra, dans les prochaines années, devenir la véritable épine dorsale de notre système de santé et services sociaux.
- Poursuivre l'implantation du cadre de référence DI-DP-TSA, ce qui nous amène à revoir nos paradigmes et relever le défi de passer d'une hiérarchisation de services à une modulation de l'intensité de services :
 - Accès (guichet unique) primauté du principe de proximité : l'accessibilité au bon service, au bon moment et le plus près possible du milieu de vie des personnes;
 - Continuité (un intervenant pivot) : les services, malgré divers niveaux de spécialisation ne sont pas mutuellement exclusifs, ils peuvent être autant consécutifs que simultanés;
 - Qualité (un programme fondé sur la notion de besoins) : la reconnaissance de la complexité de certains besoins requiert un niveau d'expertise inhérent à une offre de services sécuritaires et pertinents.

- Assurer la fluidité des services au sein même de notre direction, en permettant à l'usager de recevoir des services spécifiques et spécialisés, et ce, dans un même service.
- Poursuivre le développement d'un service de soutien à l'intégration socioprofessionnelle en collaboration avec nos partenaires pour la clientèle TSA et DP.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. La transformation résidentielle a permis d'ajuster l'offre de service en hébergement, permanent comme transitoire, pour mieux correspondre aux réels besoins de la personne : « la bonne personne, au bon endroit, au bon moment »; (6 ressources d'adaptation/réadaptation, 3 ressources sous un article 108 et 6 nouvelles places RI).	Personnes vulnérables
2. Visites ministérielles : une ayant pour but de faire le bilan post organisation suite à la diffusion du cadre de référence des services DI-DP-TSA et l'autre pour visiter différents services et les salles de pilotages.	Organisation efficiente
3. Deux (2) prix de reconnaissance clinique dans la catégorie rayonnement 2017 par le conseil multidisciplinaire ayant été décernés à l'équipe des psychoéducateurs et agents en relations humaines au programme réadaptation adulte DI-TSA ainsi qu'à l'équipe de réadaptation intensive à l'enfance en déficience physique pour le groupe des Apprentis (groupe pour enfants ayant un trouble du langage).	Mobilisation du personnel
4. Embauche de travailleurs sociaux, techniciens en assistance sociale, ergothérapeutes, orthophonistes, psychoéducateurs, techniciens en éducation spécialisée ainsi que de l'investissement auprès des organismes communautaires pour offrir du répit et du soutien à l'hébergement suite à un développement budgétaire en soutien à domicile et en TSA. Ces développements permettent d'améliorer les services aux personnes atteintes de DI et d'un TSA.	Services spécialisés Personnes vulnérables
5. Mise en œuvre des salles de pilotage tactiques.	Organisation efficiente
6. Guichet d'accès où la prise en charge de toutes les demandes dans toutes les disciplines facilite les trajectoires et les processus clinico-administratifs.	Organisation efficiente
7. Renouvellement des ententes spécifiques avec nos partenaires communautaires.	Personnes vulnérables
8. Implantation de la ressource spécialisée enfance (RESS).	Services spécialisés
9. Implantation du programme en trouble du comportement et trouble grave du comportement (TC-TGC).	Services spécialisés
10. Révision de l'offre de service en réadaptation intensive visuelle (RIV).	Services spécialisés
11. Premier camp de jour en déficience visuelle pour enfants.	Personnes vulnérables
12. Signature d'un protocole d'entente avec La maison Roger Neilson pour permettre aux enfants de recevoir des soins palliatifs et soutenir les parents dans leur deuil.	Services spécialisés

Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)

Le programme « Soutien à l'autonomie des personnes âgées » regroupe tous les services destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leurs proches, que ces services soient dispensés dans un établissement, à domicile ou externe. Ce programme s'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, principalement due à l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs ou maladies chroniques.

La direction SAPA comporte deux directions adjointes :

Volet soutien à domicile - Services de gériatrie et ressources non institutionnelles :

- Gamme variée de services professionnels et d'aide à domicile;
- Centres de jour et Hôpitaux de jour;
- Unités de courte durée en gériatrie;
- Approche adaptée à la personne âgée;
- Stratégie pour contrer la maltraitance envers les aînés;
- Environ 37 ressources non-institutionnelles représentant plus de 450 places;
- Environ 65 résidences privées pour personnes âgées représentant 3 821 places.

Volet Hébergement :

- 14 CHSLD publics et 2 CHSLD privés conventionnés représentant 1 301 places.

Enjeux :

- Sans contredit, l'enjeu principal est toujours le vieillissement de la population. Les défis démographiques de l'Outaouais sont réels. La majorité des aînés souhaitent vieillir à domicile en toute sécurité et recevoir la panoplie de soins et de services adéquats et adaptés à leur condition de santé.
- L'harmonisation de nos pratiques et de nos services en respect des réalités territoriales autour du domicile ou des milieux de vie de nos usagers demeurent primordiales. De plus, le développement de places supplémentaires en ressources non-institutionnelles ou encore en CHSLD progresse. Les nouvelles annonces en ce sens viendront grandement aider à mieux desservir la population outaouaise.
- La pertinence de chaque service donné demeure au cœur de nos préoccupations afin d'assurer une meilleure qualité de services et surtout permettre l'autodétermination et le choix de l'utilisateur peu importe son milieu de vie et ce en réponse aux besoins variés de nos clientèles.
- Une desserte augmentée tant en nombre d'utilisateurs qu'en intensité de services pour les clientèles vulnérables dans tous nos services et ce, avec moins de délai d'attente, demeure un défi de taille avant tout par la difficulté à recruter du personnel compétent et en nombre suffisant sur une base continue. Notre main d'œuvre est aussi vieillissante. En conséquence, la rétention et la formation de notre personnel actuellement en place revêt un caractère important. En ce sens, le soutien technologique pour assurer le transfert de connaissances demeure essentiel.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Intensification des services à domicile en suivi des plans d'investissements.	Personnes âgées Organisation efficiente
2. Réorganisation des services dans nos 14 CHSLD et amorce de l'offre d'un deuxième bain à notre clientèle le désirant.	Personnes âgées Organisation efficiente
3. Déploiement des outils de cheminement clinique informatisés.	Personnes âgées Organisation efficiente
4. Déploiement d'équipes-terrains dans les principaux hôpitaux afin de faciliter le retour à domicile et ainsi diminuer les usagers en attente d'un niveau de soins alternatifs dans les hôpitaux de la région.	Personnes vulnérables Sécurité et pertinence
5. Révision de l'offre alimentaire dans nos 14 CHSLD.	Personnes âgées Organisation efficiente

Directions soutien, administration et performance

Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE)

La direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) soutient l'établissement dans le développement d'une culture d'amélioration continue axée sur la qualité, la sécurité, la performance organisationnelle et l'expérience-client. Elle compte deux volets, soit le volet performance et évaluation ainsi que le volet qualité et éthique.

Sous le volet performance et évaluation, on retrouve les secteurs suivants :

- L'évaluation de programmes et de services;
- Le soutien à la performance;
- La gestion de l'information, incluant la coordination et le suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité.

Sous le volet qualité et éthique, on retrouve les secteurs suivants :

- L'évaluation et l'amélioration de la qualité, incluant l'agrément, la certification des ressources d'hébergement ainsi que le suivi de l'évaluation de la qualité en milieu de vie;
- La gestion des risques;
- Le bureau de l'éthique;
- L'expérience-client et les comités des usagers;
- Le bénévolat.

Enjeux :

- Le développement d'une culture de gestion intégrée de la performance organisationnelle.
- La poursuite de l'élaboration des plans d'amélioration continue de la qualité en s'ajustant au nouveau programme d'agrément.
- L'implantation de l'approche sur le partenariat avec l'utilisateur et ses proches.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Accompagnement des directions et leurs équipes par de la formation, du coaching, des ateliers de travail et la production d'outils dans le cadre du déploiement des salles de pilotage tactiques et opérationnelles incluant les stations visuelles.	Organisation efficiente
2. Actualisation de la procédure de traitement des projets organisationnels et directionnels, ainsi que la mise en place de divers outils de suivi.	Organisation efficiente
3. Élaboration et adoption de la politique gestion intégrée des risques organisationnels.	Sécurité et pertinence Organisation efficiente
4. Implantation de l'approche « Meilleurs » de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé dans l'ensemble des milieux hospitaliers et en réadaptation fonctionnelle intensive.	Première ligne et urgence
5. Mise en place d'audits biannuels sur le contrôle de la qualité des données inscrites aux formulaires de déclaration des accidents et incidents dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services.	Sécurité et pertinence

6. Formation sur le code d'éthique de 203 membres du personnel d'encadrement (68%) de l'équipe du bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du comité des usagers du centre intégré (CUCI), ainsi que production de dépliants et d'affiches.	Sécurité et pertinence
---	------------------------

Direction des services techniques et logistique (DSTL)

La direction des services techniques et de la logistique est responsable du fonctionnement de la sécurité, de l'entretien, de l'hygiène et salubrité et de la gestion de :

- 53 bâtiments, incluant 7 hôpitaux et 14 centres d'hébergement;
- 23 services alimentaires qui desservent près de 3 millions de repas annuellement;
- Une buanderie centrale et 2 buanderies satellites;
- De l'approvisionnement en produits et services pour une valeur de plus de 200 M\$ par année;
- Du transport de matériel et de personnes.

Elle agit en soutien aux différentes directions à plusieurs niveaux dont, entre autres, en matière de développement de projets immobiliers et de réorganisation spatiale de services.

Elle assure le leadership en matière de sécurité civile et mesures d'urgence pour l'ensemble du territoire.

De plus, elle transige 41 baux sur l'ensemble du territoire pour des immeubles ou locaux tels que : CLSC, résidences à assistance continue, maisons pour médecins/résidents, bureaux administratifs, etc.

Enjeux :

- La direction doit répondre à plusieurs nouveaux projets de développement qui permettront d'améliorer les services à la population de l'Outaouais mais qui requièrent des investissements important en temps de la part de ses professionnels (ex : faculté de médecine).
- La disponibilité des locaux demeure un enjeu majeur particulièrement dans un contexte où des réinvestissements en personnel sont faits pour soutenir les programmes importants tel que le soutien à domicile.
- La rareté des ressources humaines entraîne une pénurie dans plusieurs secteurs, notamment au niveau des postes de gestion.
- Amélioration des processus dans la logistique et la gestion des transports.
- Mise à jour de l'ensemble des plans de mesures d'urgence pour chacune des installations

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Reconstruction de l'Hôpital Pierre-Janet suite à l'inondation de février 2017 causé par un bris de tuyauterie.	Services spécialisés
2. Démarrage d'une étude visant à améliorer les flux de transports des matières et des personnes. Il s'agit d'un partenariat avec l'UQO.	Organisation efficiente
3. Réalisation d'un plan de réaménagement des sites principaux des services alimentaires permettant une centralisation de la production alimentaire et permettant la distribution des nouveaux menus dans toutes les installations.	Personnes âgées Organisation efficiente

4. Installation d'une nouvelle laveuse industrielle à la fine pointe de la technologie à la buanderie de l'Hôpital de Hull.	Organisation efficiente
---	-------------------------

Direction des technologies biomédicales et de l'information (DTBI)

La mission de la Direction des technologies biomédicales et de l'information (DTBI) est de supporter l'organisation dans la gestion des opérations quotidiennes, la mise en œuvre de projets tant au niveau biomédical qu'informatique, le maintien des équipements médicaux et des actifs informationnels, la sécurité organisationnelle et la pérennité des équipements médicaux, systèmes et infrastructures.

La DTBI réalise sa mission en guidant et en accompagnant l'organisation dans le choix et l'implantation de technologies biomédicales et informatiques les mieux adaptées à ses besoins et en assurant la gestion et l'exploitation optimales de celles-ci.

Enjeux :

- La DTBI est grandement sollicitée dans divers projets, tant ministériels, organisationnels que directionnels. La priorisation des projets en tenant compte de la capacité de la direction (ressources humaines et financières) est incontournable afin d'assurer un maximum de livrables en respect des orientations et des échéanciers;
- La pénurie de main-d'œuvre qualifiée et disponible demeure un élément important dans l'atteinte de nos objectifs et la livraison des projets;
- Le domaine de la sécurité de l'information est en constante évolution et nécessite des réajustements importants au niveau des ressources dédiées, de la révision de nos processus d'affaires et l'acquisition potentielle de nouvelles technologies pour soutenir ces activités.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Intégration des services GBM et informatiques sous une même direction.	Organisation efficiente
2. Remplacement du système de téléphonie dans les installations des Collines.	Organisation efficiente
3. Priorisation des équipements médicaux à acquérir dans le cadre des enveloppes budgétaires allouées. Le montant engagé s'élève à 7 M\$ pour l'achat, entre autres, des équipements de haute technologie dont : <ul style="list-style-type: none"> • Une résonance magnétique : 1.8 M\$ • Un appareil d'angiographie cardiaque : 1.3 M\$ • Un tomodensitomètre à Papineau : 800 000 \$ • Un appareil de radioscopie à Maniwaki : 750 000 \$ • Un appareil de mammographie à Gatineau : 320 000 \$ • Deux appareils de radiographie mobile : 252 000 \$ • Microscope opératoire à Papineau : 137 000 \$ • Endoscopes flexibles pour Papineau et Pontiac : 325 000 \$ 	Organisation efficiente Services spécialisés Sécurité et pertinence
4. Implantation de la nouvelle solution de messagerie électronique Outlook <ul style="list-style-type: none"> • Migration de plus de 6000 utilisateurs vers la nouvelle solution 	Organisation efficiente

<p>5. Nombres de requêtes de service traitées :</p> <p>Volet GBM :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'interventions correctives : 6 647 • Nombre d'interventions préventives : 2 768 <p>Volet TI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'incidents résolus : 27 638 • Nombre de demandes de services résolues : 23 233 	<p>Organisation efficiente</p>
---	--------------------------------

Directions administratives

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)

Nous œuvrons dans plus de 10 champs d'activités diversifiés, soit : la dotation et la rémunération, le recrutement, la formation, la santé, la sécurité et la prévention au travail, les relations du travail, les activités de remplacement, le développement organisationnel, la gestion stratégique des ressources humaines de l'organisation, les communications et les affaires juridiques.

Nous misons sur notre expérience et nos expertises pour aider l'organisation, les gestionnaires et les employés à relever les défis et enjeux liés à la gestion quotidienne des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

Nous contribuons au façonnement de la culture de notre organisation.

Nous jouons un rôle proactif d'accompagnement de l'organisation dans la gestion du changement. Nous sommes présents dans le soutien et le développement des compétences des gestionnaires.

Enjeux :

- Communications :
 - Plateformes communication
 - Plan stratégique de communication
- Disponibilité des RH :
 - Recrutement
 - Implantation des nouveaux processus
 - Fusion des bases de données
- Santé organisationnelle :
 - Gestion de la présence au travail
 - Programme de retour au travail
 - Déploiement du cadre de référence sur la gestion intégrée découlant de la politique santé organisationnelle
- Négociation locale

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Recrutement • Salon d'emploi	Mobilisation du personnel
2. Élaboration de la politique Gestion intégrée de la santé organisationnelle et production du cadre de référence • Mise en place de la structure de gouverne CPSST	Mobilisation du personnel
3. Programme Relève des cadres intermédiaires	Mobilisation du personnel
4. Renouvellement de la structure de communication avec les instances syndicales	Organisation efficiente
5. Présence sur les médias sociaux • Lancement et alimentation des Pages Facebook et LinkedIn	Mobilisation du personnel

Direction des ressources financières (DRF)

La Direction des ressources financières met son expertise au service des directions en déployant une offre de service adaptée aux besoins de l'organisation.

Elle accompagne le personnel d'encadrement dans la gestion financière et le développement des secteurs sous leur responsabilité.

Elle est responsable de l'élaboration, du développement et du déploiement :

- de programmes et de politiques en gestion des ressources financières;
- de contrôles internes;
- d'outils de gestion financière (tableaux de bords, etc.);
- de nouvelles méthodes de gestion financière (ex. : financement axé sur les patients).

Elle voit à :

- la comptabilisation des transactions et au traitement de la paie;
- la mise en place du processus de gestion budgétaire et au suivi financier de l'établissement;
- la gestion des financements, des emprunts, des revenus et des investissements;
- l'évaluation de la productivité et de la performance de l'établissement;
- la reddition de comptes financière de l'établissement.

Elle a aussi un rôle très actif auprès du comité de vérification du conseil d'administration.

Enjeux :

- Maintien et accroissement du taux de mobilisation du personnel suite aux résultats du sondage fourni par Agrément Canada.
- Attraction, recrutement et rétention de la main-d'œuvre de titres d'emploi en pénurie.

- Plusieurs projets découlant d'orientations ministérielles s'ajoutent aux activités de la direction et mobilisent de façon importante les équipes tel s que :
 - l'unification des bases de données financières (GRH-Paie, GRM-GRF);
 - l'harmonisation des processus de travail en vue de l'implantation de ces nouvelles bases de données;
 - l'implantation de la charte comptable provinciale;
 - l'implantation du coût par parcours de soins et services (CPSS).

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Participation du personnel à l'élaboration de plans d'action visant à augmenter le taux de satisfaction et la qualité de vie au travail.	Mobilisation du personnel
2. Proposition et adoption par le comité de direction d'un nouveau modèle de gestion du temps pour la production de la paie permettant l'harmonisation des pratiques et l'optimisation des processus.	Organisation efficiente
3. Implantation de la salle de pilotage de la Direction des ressources financières.	Organisation efficiente Mobilisation du personnel
4. Déploiement de trois formations aux cadres de l'établissement sur la gestion financière (performance financière et optimisation, gestion financière et suivi budgétaire).	Organisation efficiente

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

4.1 Le chapitre III – Attentes spécifiques

Résultats au regard des attentes signifiées 2017-2018

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de la réalisation	Commentaires
Santé publique			
Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	Réalisée	
Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	Réalisée	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de la réalisation	Commentaires
Services sociaux			
Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	<p>L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.</p> <p>Liste permettant l'identification des installations pertinentes.</p>	Réalisée	
	Plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole	Non réalisée	Cette attente a été reportée par le MSSS considérant que le plan de travail est demandé pour le 30 juin 2018.
	Formulaire (période 6)	Non réalisée	Cette attente a été retirée (annulée) par le MSSS.
	Formulaire (période 13)	Non réalisée	Cette attente a été retirée (annulée) par le MSSS.

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de la réalisation	Commentaires
Poursuivre la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	<p>Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018.</p> <p>Un formulaire identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme</p>	Non réalisée	<p>Le formulaire a été transmis mais les composantes ne sont pas toutes présentes.</p> <p>RAISON DE NON RÉALISATION : Une implantation graduelle de toutes les composantes du programme d'intervention en négligence est requise afin d'assurer la pérennité du programme. Les travaux avec les organismes communautaires impliqués dans le volet para professionnel concernant l'accompagnement des parents ont été plus long à implanter en raison notamment d'un changement à la coordination du programme.</p> <p>POURCENTAGE DE RÉALISATION : 90 % Au 31 mars 2018, l'implantation du volet para professionnel concernant l'accompagnement des parents n'est pas complétée.</p> <p>MESURES : Un plan d'action a été élaboré afin d'assurer une implantation complète au 31 mars 2019.</p> <p>DATE PRÉVUE DE RÉALISATION : 31 mars 2019.</p>
Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	<p>L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention.</p> <p>Un état de situation sur les résultats obtenus devra être produit.</p>	Non réalisée	<p>RAISON DE NON RÉALISATION : L'état de situation a été réalisé et transmis au MSSS mais il y avait 46 admissions de nouveaux résidents datant de moins de six semaines qui n'avaient pas de plan d'intervention au dossier.</p> <p>POURCENTAGE DE RÉALISATION : 95%;</p> <p>MESURES : Élaborer un plan d'action pour s'assurer que les employés comprennent bien le processus</p> <p>DATE PRÉVUE DE RÉALISATION : 20 avril 2018.</p>
	<p>Formulaire sur les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention</p> <p>1^{er} envoi pour le 31 octobre 2017</p>	Réalisée	
	<p>Formulaire sur les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention</p> <p>2^e envoi pour le 15 mai 2018</p>	Réalisée	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de la réalisation	Commentaires
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement devra compléter et transmettre le Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité pour les personnes ayant une déficience.	Réalisée	
Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	Réalisée	
Services de santé et médecine universitaire			
État d'avancement de l'implantation du Plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsables – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte.	Réalisée	
État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1 ^{er} juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	Réalisée	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de la réalisation	Commentaires
État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	Autoévaluation sur le Plan d'action sur le continuum de services en AVC déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	Réalisée	
État d'avancement de l'implantation du Plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action sur le continuum de services en maladie rénale déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018.	Réalisée	
Investissements en santé mentale dans l'établissement - Accompagnement par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le déploiement des services de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et de premier épisode psychotique (PEP)	Prendre part à un processus d'accompagnement avec le CNESM dans le cadre du déploiement des nouvelles équipes et des nouveaux services prévus dans les investissements annoncés le 28 avril 2017 par le ministre. Produire un état de situation.	Réalisée	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de la réalisation	Commentaires
Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	<p>Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.</p> <p>Gabarit à transmettre à la période 6</p>	Réalisée	
	<p>Gabarit à transmettre à la période 13</p>	Réalisée	
Financement, infrastructures et budget			
Liste des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années par installation principale	<p>L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.</p>	Réalisée	
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	<p>L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.</p>	Réalisée	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de la réalisation	Commentaires
Coordination réseau et ministérielle			
Sécurité civile	<p>Les établissements ont la responsabilité de coordonner le déploiement de la mission Santé et d'assurer le maintien de leurs services essentiels, c'est-à-dire,</p> <p>S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; • du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; • de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile. <p>Formulaire acheminé – Période 6</p>	Réalisée	
	<p>Formulaire acheminé – Période 13</p>		

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de la réalisation	Commentaires
Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	<p>Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; - compléter la phase d'établissement du contexte du processus; - compléter la phase d'appréciation des risques du processus. 	Non réalisée	<p>Le formulaire a été transmis mais les éléments ne sont pas tous en place.</p> <p>RAISON DE NON RÉALISATION : En instance de recrutement de ressources humaines.</p> <p>POURCENTAGE RÉALISÉ: 50%</p> <p>MESURES pour assurer la réalisation à 100% : Plan d'action</p> <p>DATE PRÉVU DE RÉALISATION: septembre 2018</p> <p>Ce qui reste à réaliser :</p> <p>Compléter toutes les étapes de la phase d'établissement du contexte du processus, phase 1 en cours.</p> <p>Amorcer toutes les étapes de la phase d'appréciation des risques du processus, phase 2, en cours.</p>
Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	<p>La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le conseil d'administration (C.A.) de l'établissement. Exceptionnellement, une résolution du C.A. de l'établissement confirmant la création du comité régional doit être transmise par courriel au MSSS.</p>	Non réalisée	<p>Cette attendue a été reportée par le MSSS</p> <p>En raison des délais engendrés par le processus de révision du règlement du Comité provincial pour la prestation de services de santé et de services sociaux en langue anglaise.</p> <p>Cette attente a été reportée par le MSSS.</p>

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de la réalisation	Commentaires
Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C.A. et ensuite transmis exceptionnellement par courriel au MSSS.	Non réalisée	<p>Cette attente a été reportée par le MSSS</p> <p>En raison du report de la mise sur pied des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise.</p> <p>Cette attente a été reportée à une date à déterminer par le MSSS.</p>
État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	Réalisée	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de la réalisation	Commentaires
ADDENDA 2017-2018			
Niveau de soins alternatifs	<p>Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien de niveau de soins alternatifs.</p> <p>Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.</p> <p>État de mise en œuvre /Période 9</p>	Réalisée	
	État de mise en œuvre /Période 13	Réalisée	
	État des résultats /période 9	Réalisée	
	État des résultats /période	Réalisée	
	État des résultats /période 11	Réalisée	
	État des résultats /période 12	Réalisée	
	État des résultats /période 13	Réalisée	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de la réalisation	Commentaires
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHLSD	<p>L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène a été demandé aux établissements.</p> <p>État de situation/période 8</p>	Réalisée	
	État de situation/période 13	Réalisée	

4.2 Le chapitre IV – Engagements annuels

Résultats au regard des engagements 2017-2018

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)						
Santé publique										
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	60,0	67,7	70,0							
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	93,0	91,3	93,0	Concernant les indicateurs sur la vaccination (1.01.27; 1.01.28 et 1.01.30), les engagements sont presque atteints. Le défi est plus grand pour la première dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C (1.01.28). Voici les éléments permettant de comprendre pourquoi cet indicateur est particulièrement difficile à atteindre :						
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	90,0	82,1	90,0	a) Ce vaccin est administré lorsque l'enfant a 12 mois. Les parents sont moins disponibles puisqu'ils ne sont plus en congé parental; b) Les rendez-vous sont plus souvent reportés puisque l'enfant est malade. Souvent à un an, l'enfant a commencé le service de garde et présente des contre-indications à la vaccination;						
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	75,0	71,1	75,0	c) Plusieurs parents oublient de prendre rendez-vous puisque l'enfant n'a pas eu de vaccin depuis six mois. Les efforts se poursuivent pour améliorer les résultats.						
Légende <table border="1"> <tr> <td style="background-color: #90EE90;"></td> <td>Atteinte de l'engagement annuel à 100%</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFD700;"></td> <td>Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90% et inférieur à 100%</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FF0000;"></td> <td>Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90%</td> </tr> </table>						Atteinte de l'engagement annuel à 100%		Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90% et inférieur à 100%		Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90%
	Atteinte de l'engagement annuel à 100%									
	Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90% et inférieur à 100%									
	Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90%									

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires <i>(justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	495	654	600	
Santé publique - Infections nosocomiales				
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70,0	64,90	75,0	<p>L'engagement 2017-2018 est presque atteint. Voici les mesures réalisées cette année :</p> <p>a) Affichage des taux de conformité dans la salle de pilotage stratégique;</p> <p>b) Implantation de deux directives sur l'hygiène des mains: activités d'audit de la pratique et formation annuelle sur l'hygiène des mains (e-learning et certification);</p> <p>c) Ajouts de lavabos sur les unités de soins à un hôpital urbain;</p> <p>d) Ajouts de nombreux distributeurs de solutions hydro-alcooliques à travers tous les hôpitaux pour faciliter l'accessibilité au produit;</p> <p>e) Affichage des taux par secteur d'activités (salle de pilotage opérationnelle / station visuelle);</p> <p>f) Affichage des taux de conformité dans la salle de pilotage tactique de la Direction des services infirmiers (DSI).</p> <p>En 2018-2019 les travaux se poursuivent ; a) Rendre davantage imputable chaque gestionnaire pour améliorer les taux de conformité dans son secteur d'activités en collaboration avec son équipe et trouver des solutions qui proviennent du terrain b) Réaliser des activités de promotion, de formation et de mobilisation.</p>
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au C. difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	80,0	100	80,0	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	
1.01.19.04-PS Pourcentage de CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	N/A	
Services généraux				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	90	93,4	93,4	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	100	
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	66,7	50	66,7	<p>L'engagement 2017-2018 n'est pas atteint. Cet indicateur mesure le pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté à 65% les composantes 3,4 et 5 de l'AAPA.</p> <p>Les facteurs les plus contraignants à l'atteinte des engagements cette année ont été le mouvement du personnel et le changement de poste pour plusieurs gestionnaires ou professionnels attirés à l'AAPA. La formation et les activités de coaching, c'est-à-dire la composante 3, ont donné le plus de défis comparativement aux composantes 4 (algorithme de soins cliniques à la personnes âgée) et aux composantes 5 (interventions cliniques).</p> <p>Des efforts seront consacrés en 2018-2019 afin d'augmenter le pourcentage d'avancement de l'implantation de ces trois composantes.</p>
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	100	
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	92,9	95,3	95,4	
Soutien à domicile de longue durée				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	451 287	632 312	451 287	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	5 371	4 916	5 371	<p>Les engagements 2017-2018 sont presque atteints pour les indicateurs 1.03.11 et 1.03.12.</p> <p>En 2017-2018, un suivi régulier par les gestionnaires du SAD auprès des intervenants a été réalisé en lien avec ces deux indicateurs afin de corriger dès que possible les erreurs de saisie, l'utilisation de façon erronée des profils suivis en soins infirmiers et les incompréhensions des intervenants quant à la saisie des PSIAS pour corriger la situation. Également, la formation PSIAS a été offerte, surtout, pour le personnel de soins infirmiers n'ayant pas été formé.</p>
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	90	84,6	90	<p>Les efforts se poursuivent afin d'augmenter l'accessibilité et l'intensité des soins et services en SAD afin d'atteindre les résultats 2018-2019.</p>
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	451 044	601 912	451 044	
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	4 252	3 571	4 252	<p>Concernant l'indicateur 1.03.15, l'engagement 2017-2018 n'est pas atteint malgré une augmentation de 15% en 2017-2018 du nombre de personnes desservies à domicile ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14 comparativement à 2016-2017.</p> <p>Le recrutement du personnel supplémentaire a eu lieu seulement vers la P 9-10. Les retombées se feront davantage sentir en 2018-2019 où il est prévu une augmentation plus significative du nombre de personnes desservies en soutien à domicile.</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires <i>(justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
Déficiences				
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	86,2	90,0	L'engagement 2017-2018 est presque atteint pour l'indicateur 1.45.04.01. Concernant la déficience physique (1.45.04.01), nous constatons une amélioration de 6% par rapport à l'année dernière. Des outils de suivi périodique ont été créés au cours de l'année 2017-2018 afin de suivre plus rigoureusement l'entrée de la statistique et des actions ciblées ont été effectuées afin d'outiller les gestionnaires et intervenants dans l'application du plan d'accès. Fait important, tous les usagers dont le niveau de priorité est modéré pour lesquels une intervention a été rendue dans les délais prescrits par le plan d'accès mais dont la statistique est erronée ne sont pas comptabilisés et n'apparaissent pas comme respectant le plan d'accès malgré les corrections effectuées. L'engagement aurait alors été atteint. Il est prévu d'atteindre 90% l'an prochain compte tenu des différentes mesures de suivi et de contrôle de la donnée mis en place dans la dernière année.
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	93,2	94,2	
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	73	90	Pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (1.45.05.01), l'engagement 2017-2018 n'est pas atteint. Le plan d'accès a été respecté à seulement 73%, comparativement à 79,5 % l'an dernier. Pour cette clientèle, les mêmes explications s'appliquent que l'indicateur 1.45.04.01.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires <i>(justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	93,4	92,2	93,4	L'engagement 2017-2018 est presque atteint. Pour cet indicateur en lien avec les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en centre de réadaptation, on observe une baisse de 1,2% par rapport à l'an dernier. Grâce aux investissements du plan d'action en TSA en 2017-2018, il fut possible de faire l'embauche de professionnels en cours d'année 2017-2018. Il est donc prévu, pour l'an prochain, des retombées positives suite à ces investissements, qui permettront d'atteindre l'engagement 2018-2019 convenu soit 93,4%.
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	51	42,1	60	<p>L'engagement 2017-2018 n'est pas atteint pour l'indicateur 1.46.</p> <p>Rappelons que la lecture de cet indicateur s'est faite seulement à la P-6 en 2017-2018. En date du 16 septembre, il y avait 8/19 jeunes (42,1%) qui ont terminé leur scolarité et qui ont eu accès à une activité de jour et de soutien à l'intégration au travail. Depuis le 14 octobre, deux clients supplémentaires ont été orientés vers des services socioprofessionnels. Il y a donc plus de jeunes de 21 ans ou plus qui ont une déficience ou un TSA recevant ce service.</p> <p>La mise en place d'une trajectoire "Transition de l'école vers la vie active" (TEVA) plus formalisée, évitera ce genre de situation pour les prochaines années. Les liens et les rôles y sont clarifiés et bien définis.</p> <p>Par ailleurs, plusieurs enfants étaient inconnus de notre programme, des contacts ont eu lieu à l'hiver avec les commissions scolaires pour valider les besoins socioprofessionnels de tous les clients.</p>
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	82,56	77,43	82,56	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires <i>(justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
Jeunes en difficulté				
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	9,12	9,55	9,20	<p>L'engagement convenu dans l'EGI 2017-2018 est presque atteint.</p> <p>Toutefois, il est important de rappeler que l'engagement établi à 9,12 l'a été sur la base de l'ancienne méthode de calcul. En cours d'année, le MSSS a révisé la méthode de calcul de cet indicateur et le résultat 2017-2018 est calculé à partir de cette nouvelle méthode qui amène, selon les données du MSSS, un écart défavorable pour le CISSS de l'Outaouais de 0,35 par rapport à l'ancienne méthode.</p> <p>Bref, l'engagement a été établi avec une méthode de calcul différente de celle utilisée pour le résultat. L'appréciation de l'atteinte est donc impossible, de même que l'appréciation de l'évolution des résultats.</p> <p>Au CISSS de l'Outaouais, une A3 a été élaborée en 2016 à partir de l'objectif 16 de la planification stratégique 2015-2020 du MSSS. Un plan d'action a été élaboré afin de réviser la trajectoire de service en négligence. Les travaux en cours devraient nous permettre d'atteindre la cible ultime de 2020, soit un taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence de 9,10.</p>
Dépendance				
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	90,5	89,7	90,5	L'engagement 2017-2018 est presque atteint. Le centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais a réalisé 998 évaluations dans un délai de 15 jours sur 1112 évaluations. Un plan d'action est en cours afin de s'assurer d'atteindre 90,5% en 2018-2019.
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	83,6	84,8	84,8	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé mentale				
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	608	622,8	610	
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	174	196,2	174,4	
Santé physique – Urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12	16,62	12	<p>L'engagement 2017-2018 n'est pas atteint. Nous observons toutefois une amélioration de la durée moyenne de séjour de 1,89 heures comparativement à la même période l'an passé malgré le fait qu'il y a eu une augmentation de plus de 2800 séjours pour la clientèle sur civière à l'urgence. Afin de désengorger les urgences et d'améliorer la fluidité à l'intérieur des centres hospitaliers de la région, plusieurs actions ont été mises en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une gouverne (comités stratégique et tactique); • Élaboration d'un plan d'action, Urgence 2.0; • Priorités organisationnelles communiquées à tous; • Création d'une affectation d'un coordonnateur des trajectoires, hôpital de Gatineau; • Surveillance quotidienne des DMS aux unités de soins dans le but d'accélérer un congé sécuritaire; • Création d'un « Swat team » pour la gestion des NSA et en pro action auprès de toute clientèle hospitalisée; • Révision des trajectoires des clients aux prises avec une maladie chronique; • Repérage clientèle 75 ans et plus au triage dans les salles d'urgence/professionnels de réadaptation; • Assignation des « Grands utilisateurs » à des intervenants DSMD. <p>Les efforts se poursuivent afin de maintenir un impact positif sur la diminution de la durée moyenne de séjour à l'urgence. De plus, l'occupation des lits par la clientèle de santé mentale dans un des hôpitaux urbains eu comme conséquence de diminuer grandement la capacité</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires <i>(justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
Santé physique – Urgence (suite)				
				<p>(suite)</p> <p>d'ajustement de lits d'hospitalisation en période de grand achalandage à l'urgence. L'augmentation du nombre de consultations à l'urgence en raison de l'influenza et des complications reliées à celle-ci, a rendu difficile l'atteinte des engagements. Plusieurs mesures ont été mises en place pour améliorer la situation : a) Rencontres de cogestion médicale pour analyser les indicateurs; b) Mise en place d'un comité de travail pour réviser les ordonnances collectives en vigueur et identifier des nouvelles à élaborer pour aider à réduire les délais de prise en charge médicale et en lien avec les meilleures pratiques; c) Mise en place d'une salle opérationnelle visuelle auprès des équipes afin d'identifier les zones d'amélioration dans les processus d'affaires et identifier les actions à mettre en place. Les équipes sont donc mobilisées pour favoriser une fluidité des services et une meilleure orientation des patients.</p>
<p>1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures</p>	68	51,8	79	<p>L'engagement 2017-2018 n'est pas atteint pour l'indicateur 1.09.43. Des travaux se poursuivent en concertation avec les responsables des urgences de façon à réduire le délai de prise en charge médicale. Considérant que la récente ouverture d'une Clinique Réseau est venue augmenter l'offre de consultation en première ligne en urbain, de nouveaux corridors de référence sont maintenant envisagés et suivant le résultat des travaux en cours, certaines clientèles pourraient y être incessamment dirigées directement.</p> <p>Dans la même veine, tous les responsables de GMF en urbain ont été rencontrés afin d'améliorer les processus de réorientation des patients ne nécessitant pas le plateau technique d'une urgence vers leur GMF. Un système informatique est à l'étude pour faciliter la réorientation de ces usagers, de même que certaines procédures ou façons de faire qui sont en place ailleurs dans la province.</p> <p>Un défi de couverture médicale persiste dans quatre urgences de la région mais des discussions sont en cours avec le Département régional de médecine générale pour tenter de pallier à cette difficulté.</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires <i>(justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	68	54,8	79	L'engagement 2017-2018 n'est pas atteint. On observe une diminution du pourcentage comparativement à l'an passé concernant la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures. L'emphase a été mise sur le processus de réorientation, l'ensemble des GMF et GMF-R ont été rencontrés pour faciliter le processus en terme de temps requis à l'infirmière lors du premier triage et l'augmentation de l'accès pour leur clientèle ayant recours à l'urgence (volet GMF). Autre élément du plan Urgence 2.0; la DSI a transmis de l'information via les médias radiophoniques et web pour informer la population de la trajectoire souhaitée pour les cas ambulatoires.
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie				
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 122	1 147	1 122	
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	38	32	38	L'engagement 2017-2018 n'est pas atteint. Cependant, il fut convenu qu'une maison de soins palliatifs de 6 places devrait ouvrir ses portes au cours de l'année 2018-2019 afin d'atteindre les 38 places prévues dans l'EGI 2017-2018.
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	22	15,7	22	L'engagement 2017-2018 n'est pas atteint pour l'indicateur 1.09.46. Nous constatons toutefois une amélioration comparativement à l'an passé. Le maintien à domicile des usagers en soins palliatifs et de fin de vie est influencé par la disponibilité et l'accès aux soins et services ainsi que la présence ou l'absence de proches aidants, ce qui peut se traduire par une augmentation du nombre de personnes desservies ou une augmentation du nombre d'interventions par personne à domicile ou les deux. En 2018-2019, la DSAPA continuera de poursuivre ses efforts afin de bonifier l'offre de services en soins palliatifs et le rehaussement du support aux proches aidants. L'offre médicale au SAD est à bonifier et les liens avec les GMF à développer davantage.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires <i>(justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
Santé physique - Services de première ligne				
1.09.25-PS Nombre total de GMF	14	14	15	
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	85	79,87	85	<p>L'engagement 2017-2018 pour l'indicateur 1.09.27 est presque atteint. L'Outaouais obtient un résultat supérieur à la moyenne provinciale qui est de 78,38%.</p> <p>La prise en charge de nouveaux patients par les médecins qui entrent en pratique a débuté par attribution particulière par le GAMF et la mise en place de la lettre d'entente 321 a grandement contribué à l'amélioration de la prise en charge. Le GAMF est mis à contribution en collaboration avec le DRMG et les Tables locales de médecine générale (TLMG) afin d'optimiser la prise en charge des patients par les médecins.</p> <p>Le CISSS déploie tous les efforts possibles en collaboration avec le DRMG et l'association médicale locale afin d'augmenter le pourcentage de prise en charge pour la population de l'Outaouais.</p>
1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	1	1	2	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires <i>(justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
Santé physique – Chirurgie				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	28	0	<p>L'engagement 2017-2018 pour l'indicateur 1.09.32.00 n'est pas atteint.</p> <p>L'offre de service en temps opératoire en urbain a connu une diminution importante dans la dernière année en raison de défis liés à la disponibilité d'effectifs en soins infirmiers; ce qui a eu un impact important sur la productivité. Depuis avril 2018, la situation est par contre rétablie au plan des ressources humaines.</p> <p>Des démarches sont en cours en vue d'optimiser l'utilisation de toutes les salles d'opération : le nombre de lignes opératoires sera augmenté à l'automne en urbain, le processus de convocation des patients sera revu et amélioré, les médecins et chefs de services sont activement impliqués dans le suivi des dossiers de patients en attente depuis plus de 6 mois mais aussi dans la vigie de la liste d'attente qui est effectuée à chaque fin de période par le comité de gouverne des activités chirurgicales.</p> <p>L'objectif pour la prochaine année est de ramener à zéro le nombre de patients en attente pour chirurgie non seulement depuis plus d'un mais aussi pour les patients en attente depuis plus de neuf mois.</p>
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90	71,0	90	<p>L'engagement 2017-2018 pour l'indicateur 1.09.33.01 n'est pas atteint et l'indicateur 1.09.33.02 est presque atteint.</p> <p>La réduction du nombre de salles opératoires à l'hôpital de Hull et Gatineau en raison du manque de ressources humaines a également eu un impact sur le nombre de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours. La situation est maintenant revenue à la normale et une augmentation du nombre de salles opératoires est prévue à l'automne. Un gain d'efficacité est donc à prévoir pour la prochaine année.</p>
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	95,7	100	<p>Un chirurgien spécialisé dans la chirurgie oncologique a par ailleurs dû s'absenter du travail pendant trois mois et les corridors mis en place (avec la collaboration du RUIS McGill) n'ont pas permis de combler les attentes de certains patients.</p> <p>Une épuration de la liste d'attente des cas oncologiques est réalisée en continu, en cogestion médicale et en collaboration avec la personne ressource du MSSS avec une vigie hebdomadaire des listes d'attente des cas.</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires <i>(justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
Santé physique - Imagerie médicale				
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en attente en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	65	30,3	65	<p>Les engagements 2017-2018 ne sont pas atteints pour les scopies, les échographies mammaires, les échographies cardiaques, les autres échographies, la tomodensitométrie ainsi que la résonance magnétique. (indicateurs 1.09.34.02; 1.09.34.05; 1.09.34.06; 1.09.34.07; 1.09.34.08 et 1.09.34.09)</p> <p>Plusieurs facteurs expliquent ces écarts aux engagements :</p> <p>Tel que mentionné, l'ampleur des listes d'attente pour le secteur urbain n'est documentée que depuis la période 9 de l'année financière 2016-2017. Ces listes se sont avérées importantes et certains délais d'attente demeurent à ce jour bien au-delà de la norme. Le volume des examens demandés pour les patients admis en provenance de l'urgence et des unités de soins est important et a un impact direct sur la capacité du service de voir les patients en externe. De plus, une pénurie de technologie dans la dernière année a engendrée des diminutions obligatoires de certains services particulièrement dans le secteur de l'échographie.</p> <p>Plusieurs mesures sont mises en place pour améliorer la situation, et ce, en concordance avec les travaux de la table provinciale des répondants d'imagerie médicale, entre autres, une utilisation régionale du parc d'équipement est en cours. Les plages horaires ont été allongées en tomodensitométrie et en résonance magnétique. De même, un exercice de standardisation dans la méthodologie d'attribution des rendez-vous au plan régional est en cours.</p> <p>Depuis mai 2017, des critères de priorisation plus spécifiques selon la provenance des patients ont été établis par les radiologistes. Des principes de révision de l'organisation du travail guident nos activités d'amélioration continue et les gestionnaires cherchent des façons de faire pour adapter les services aux volumes fluctuant de demandes.</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires <i>(justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	90	96,9	90	
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	100	100	
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en attente en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	85	30,6	85	<p>Indicateurs 1.09.34.02; 1.09.34.05; 1.09.34.06; 1.09.34.07; 1.09.34.08 et 1.09.34.09</p> <p>Les engagements 2017-2018 ne sont pas atteints pour les scopies, les échographies mammaires, les échographies cardiaques, les autres échographies, la tomodensitométrie ainsi que la résonnance magnétique.</p> <p>Plusieurs facteurs expliquent ces écarts aux engagements et les explications se retrouvent à la page précédente (indicateur 1.09.34.02).</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires <i>(justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	75	56,8	75	Indicateurs 1.09.34.02; 1.09.34.05; 1.09.34.06; 1.09.34.07; 1.09.34.08 et 1.09.34.09 Les engagements 2017-2018 ne sont pas atteints pour les scopies, les échographies mammaires, les échographies cardiaques, les autres échographies, la tomodensitométrie ainsi que la résonance magnétique. Plusieurs facteurs expliquent ces écarts aux engagements et les explications se retrouvent à la page précédente (indicateur 1.09.34.02).
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	75	27,3	75	
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	90	51,9	90	
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	90	42,3	90	
1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	100	97,0	100	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	34,4	100	<p>L'engagement 2017-2018 n'est pas atteint. Les résultats pour l'année 2017-2018 ont diminué comparativement à l'an passé. Voici les raisons qui expliquent cette baisse :</p> <p>a) Le CISSS de l'Outaouais passe de 27 unités de courte durée et de soins critiques en 2016-2017 à 44 unités pour 2017-2018. b) Suite à la révision du processus de prise en charge des zones grises, il est constaté, en 2017-2018, qu'il y a 21 unités de soins sur 44, où il reste à implanter un registre. Ce registre permet de vérifier si les interventions de nettoyage et de désinfection sont effectuées par les services désignés (suivi et traçabilité). Par conséquent, même si les autres étapes sont atteintes, le seul fait que le registre ne soit pas implanter fait en sorte que la note ne reflète pas le pourcentage d'avancement souhaité.</p> <p>Mesures : Quatre préposés au nettoyage des petits équipements à Hull et 4 autres préposés à Gatineau ont été ajoutés à l'équipe, ce qui fait que toutes les unités répertoriées seront prises en charge d'ici la fin de l'année 2018-2019 pour ces deux grands hôpitaux. Par la suite, les autres hôpitaux suivront.</p>
Ressources humaines				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	7,3	8,95	7,3	<p>Pour les trois indicateurs 3.01; 3.05.02 et 3.06.00, les engagements 2017-2018 ne sont pas atteints. Malgré le fait que les 7 dernières périodes du ratio d'assurance-salaire aient présenté de meilleurs résultats par rapport à l'année dernière, il y a toujours un effet sur la disponibilité de la main-d'œuvre et par conséquent agit comme un vase communicant vers les taux d'utilisation du temps supplémentaire et de recours à main-d'œuvre indépendante.</p> <p>Trois éléments à noter; la pénurie du bassin de main-d'œuvre, la durée de l'évacuation de l'hôpital Pierre-Janet ainsi que la saison de grippe virulente.</p> <p>Mesures mises en place :</p> <p>Poursuite du plan d'action sur la gestion de la présence au travail et adoption de la politique de gestion intégrée de la santé organisationnelle. Négociation avec les syndicats pour favoriser la disponibilité et la planification de la main-d'œuvre pour la période estivale.</p>
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,03	5,76	4,03	
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,37	0,73	0,37	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultats au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires <i>(justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
Ressources technologiques				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	99,5	99,6	N/A	
Multiprogrammes				
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	70	54,4	70	L'engagement 2017-2018 n'est pas atteint. On observe une diminution des résultats en 2017-2018 comparativement à 2016-2017. Étant un indicateur ayant pour la première fois un engagement dans l'entente de gestion en 2017-2018, une analyse était nécessaire afin d'identifier les éléments relevant de chacune des quatre directions concernées. Un suivi particulier de cet indicateur se fera dès le début de l'année 2018-2019 afin de pouvoir respecter le délai de 30 jours et mettre en place les mesures pour améliorer les résultats.

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

5.1 L'agrément

Lors de la visite d'Agrément Canada en février 2017, l'établissement a obtenu un résultat de 81,4%, ce qui confirme son **statut d'Agréé**. Pour maintenir ce statut, certaines pratiques organisationnelles requises (POR) et des critères à priorité élevée requièrent des suivis avec des échéanciers à respecter soit le 30 juillet 2017, le 30 janvier 2018 et lors de la prochaine visite prévue en 2019.

Voici les suites apportées aux recommandations d'Agrément Canada

Les travaux réalisés au niveau des POR :

- Prévention de la violence en milieu de travail
 - Sensibilisation des équipes de travail aux risques de violence en milieu de travail;
 - Utilisation de l'évaluation du potentiel d'agressivité des usagers pour identifier et contrôler le risque de violence à l'usager et aux employés.
- Sécurité liée à l'utilisation des pompes à perfusion
 - Déploiement de séances de formation;
 - Rappel de l'accessibilité des guides d'utilisateur par une note de service;
 - Une directive est en cours de rédaction.
- Prévention du suicide
 - Mise en place d'un comité organisationnel pour la prévention du suicide;
 - La politique P-041 "Prévention du suicide" est en vigueur et est diffusée depuis le 5 septembre 2017;
 - Des procédures propres aux secteurs de normes sont en cours de rédaction.
- Transfert de l'information aux points de transition des soins
 - Un comité organisationnel est en place;
 - Une politique est en cours de rédaction.
- Gestion des événements
 - Révision du mandat des usagers partenaires au sein des comités de gestion des risques;
 - Tenue d'activités d'information et de sensibilisation;
 - Déploiement d'outils promotionnels.
- Divulcation des événements
 - La révision de la procédure est en cours conjointement avec des usagers partenaires;
 - Sondage validé par un usager partenaire et réalisé de janvier à mars 2018 sur l'expérience de divulgation à l'usager et aux proches.

- Taux d'infection
 - Diffusion d'une fiche POR;
 - Campagne d'hygiène des mains et participation à la semaine nationale de prévention des infections;
 - Capsule de formation et d'information dans les équipes.
- Soins de la peau et des plaies
 - Le sous-comité clinique « soins de la peau et des plaies » a développé un formulaire d'évaluation, un formulaire de suivi de l'évolution de la plaie et un dépliant d'enseignement des auto-soins de plaies;
 - Le Programme « Soins de la peau et des plaies » est en vigueur depuis le 20 février 2018.
- Programme d'entretien préventif
 - Diffusion du programme;
 - Rappel du processus de déclaration des événements et du processus d'investigation.
- Bilan comparatif des médicaments
 - La planification du projet d'amélioration de l'application du bilan comparatif des médicaments est réalisée.

Les travaux réalisés au niveau des critères à priorité élevée :

- La pertinence de l'utilisation d'antipsychotiques est évaluée et l'information est utilisée pour apporter des améliorations
 - Rencontres avec les acteurs concernés;
 - Début des travaux sur l'approche « Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ».
- Les titres de compétences, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour
 - En lien avec la politique et la procédure en place depuis 2016, des rappels sont effectués annuellement, dans chaque direction, pour vérifier et documenter l'appartenance aux ordres professionnels.
- Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles
 - Diffusion de la démarche à suivre quant à l'accompagnement des usagers pour porter plainte;
 - Le processus de plainte est disponible sur le site Web du CISSS de l'Outaouais.
- Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies
 - Rappels sur la confidentialité dans le bulletin « Au Fil de l'organisation » et diffusion d'une fiche POR;
 - Diffusion et application de :
 - la politique P-034 : Gestion et circulation de l'information clinique;
 - la procédure PRO-030 : Circulation des dossiers des usagers;
 - la politique P-011 : Sécurité de l'information;
 - la politique P-012 : Accès aux documents et protection des renseignements personnels;
 - la politique P-023 : Politique sur la confidentialité.

- Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services
 - Rappels, auprès des intervenants, de l'importance de la consignation du consentement aux soins des usagers.

- La protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements sur les usagers sont assurées, conformément aux lois applicables
 - Tournées ponctuelles auprès des gestionnaires des archives;
 - Diffusion des processus organisationnels dans le bulletin « Au Fil de l'organisation » et dans une fiche POR;
 - Diffusion et application de :
 - la politique P-034 : Gestion et circulation de l'information clinique;
 - la procédure PRO-030 : Circulation des dossiers des usagers;
 - la politique P-011 : Sécurité de l'information;
 - la politique P-012 : Accès aux documents et protection des renseignements personnels;
 - la politique P-023 : Politique sur la confidentialité;

- Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations
 - Affichage sur les mesures d'urgence dans les sites de l'organisation;
 - Partage des plans de sécurité incendie organisationnelle dans les divers services des incendies du territoire;
 - Une valise de garde pour les situations d'urgence est opérationnelle et mise à jour régulièrement;
 - Formations code rouge;
 - Simulations de mesures d'urgence;
 - Visites d'inspections préventives.

En plus de recevoir notre première visite à titre de Centre intégré, la consolidation des exigences requises qui prévalaient pour l'ancien CSSS des Collines, a été effectuée. Les principales suites apportées sont :

- l'unification des systèmes informatiques utilisés pour la gestion de maintenance préventive et curative ainsi que la gestion des alertes;
- la prise en charge des résultats d'analyse de cas rejets intégrés en imagerie diagnostique;
- l'amorce d'un processus d'amélioration continue de la qualité intégré dans les laboratoires, notamment, par l'initiation de tournées qualité, l'harmonisation des pratiques et d'audits de la pratique et les travaux d'harmonisation des inventaires et de l'ensemble des processus rattachés aux analyses de biologie délocalisées.

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

5.2.1 Les actions réalisées pour promouvoir, de façon continue, la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

Durant la dernière année, les différents comités de gestion des risques (stratégique et tactiques) ont mis en place des travaux afin de sensibiliser le personnel et d'intégrer les procédures en gestion des risques au sein des

pratiques. De plus, l'équipe de gestion des risques poursuit, de manière active, ses efforts de sensibilisation à la culture de déclaration en offrant des activités de formation continue, ainsi que son soutien aux équipes. Dans un souci d'amélioration continue, voici quelques actions réalisées pour promouvoir la culture de déclaration et la divulgation des incidents/accidents :

- Présentation aux comités d'un rapport trimestriel;
- Élaboration de rapports personnalisés par direction sous forme de tableau de bord;
- Formation offerte à plus de 1136 employés sur le processus de déclaration et de divulgation;
- Uniformisation de l'utilisation du « Système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS) » pour l'ensemble des installations du CISSS de l'Outaouais;
- Création d'une adresse « Outlook » permettant à tous de rejoindre l'équipe de la gestion des risques;
- Création d'un aide-mémoire à l'intention des déclarants visant une meilleure compréhension du processus de déclaration;
- Élaboration d'audits biannuels mesurant la conformité de la saisie des données au formulaire AH-223;
- Organisation de kiosques d'information durant la « Semaine nationale de sensibilisation sur la sécurité des patients »;
- Diffusion d'une affiche promotionnelle des trois procédures portant sur la gestion des risques dans chacune des publications « Info direction » et « Au fil de l'organisation »;
- Création d'un onglet « Gestion des risques » sur le site Web du CISSS de l'Outaouais;
- Élaboration et application d'un projet visant à mesurer l'expérience des usagers et leurs proches lors de la divulgation;
- Initiation d'un projet-pilote, en collaboration avec la DSI, avec la mise en place de stations visuelles dans les unités hospitalières visant à augmenter le nombre de déclarations, et ce, dans une perspective de développement d'une culture de sécurité.

5.2.2 La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance

À l'analyse du registre du système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), on constate que nous avons un total de 13 442 événements pour l'année 2017-2018.

Tel que présenté dans le tableau 1, les trois principaux types d'incidents sont : chutes, médication et autres. D'autre part, le type « autres » s'affiche comme étant au 3^e rang en terme de prévalence avec un nombre de 377 incidents dont les quatre principales sous-catégories sont : autres (49,1%), erreur liée au dossier (13,5%), fugue/disparition (7,7%) et bris de confidentialité (7.2%).

Tableau 1

3 principaux type d'incidents	Nombre	Pourcentage	NB total d'événements au CISSS de l'Outaouais
chutes	132	0,98%	13 442
médication	536	3,98%	13 442
autres	377	2,80%	13 442

5.2.3 La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Tel que présenté dans le tableau 2, les trois principaux types d'accidents sont : chutes, médication et autres. D'autre part, le type « autres » s'affiche comme étant au 3^e rang en terme de prévalence avec un nombre de 1 780 accidents dont les principales sous-catégories sont : blessure d'origine inconnue (22.2%), plaie de pression (20.4%), autres (19.8%) et blessure d'origine connue (17.1%).

Tableau 2

3 principaux type d'accidents	Nombre	Pourcentage	NB total d'événements au CISSS de l'Outaouais
chutes	5865	43,6%	13442
médication	2691	20%	13442
autres	1780	13,2%	13442

5.2.4 Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment

Voici les principales actions entreprises par les comités de gestion des risques et les mesures mises en place pour éviter la récurrence et maintenir une amélioration continue de la qualité et sécurité des soins au CISSS de l'Outaouais:

- Sensibilisation auprès des équipes opérationnelles à l'importance de la déclaration;
- Élaboration de tableaux de bord;
- Mise en place du comité interdisciplinaire de prévention des chutes, du comité pharmaco-soins et du comité en prévention des infections;
- Élaboration et déploiement d'un programme organisationnel de prévention des chutes, des guides dans les différents secteurs de soins et de services en priorisant les clientèles à risques;
- Élaboration d'un dépliant d'information sur la prévention des chutes pour les usagers et leur famille;
- Mise en place de différents comités ad-hoc par les sous-comités en gestion des risques;
- Application des mesures ciblées dans les plans d'amélioration élaborés lors des comités ad-hoc ou lors des événements sentinelles;
- Suivi de l'indicateur du nombre d'incidents et d'accidents déclarés dans la salle de pilotage stratégique et dans les stations visuelles de niveau opérationnel;
- La DSAPA a procédé à l'inspection des rails des lève-personnes dans les CHSLD;
- Une conseillère en soins infirmiers à la DI-DP-TSA est sollicitée afin de faire l'analyse des déclarations de type « chute » et de type « médication » dans le but d'émettre des recommandations;
- Comité ad-hoc organisé sur la prévention des chutes répétitives à la DSI;
- Modifications à l'architecture (vitesse, éclairage, bollards, signalisation) des escaliers roulants à l'Hôpital de Gatineau par la DSTL;
- Système de répartition des tâches en centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation pour prévenir les erreurs de médication.

5.2.5 Les actions entreprises et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

- Adoption d'un nouveau protocole pour le traitement des diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD);
- Mesures de contrôle rehaussées pour la gestion des cas de DACD à l'hôpital de Hull;
- Installation de 6 lavabos à l'hôpital de Hull pour lavage des mains à l'usage des travailleurs et médecins;
- Suivi de l'indicateur Hygiène des mains : salle de pilotage stratégique, tactique (DSI et DSI-adjointes) et opérationnelle (station visuelle);
- Dotation de plusieurs postes au sein de l'équipe de prévention des infections à la suite de 2 départs à la retraite et 2 postes laissés vacants. L'équipe est renouvelée et dynamique et peut compter sur l'expertise clinique de conseillères expertes;
- Gestion des éclosions d'influenza de type A et B selon les protocoles en place et le respect des lignes directrices du MSSS, et ce, en collaboration étroite avec les gestionnaires et leurs équipes, le service d'hygiène et salubrité et le laboratoire de microbiologie;
- Mesures de prévention dans le cadre de la saison d'activité grippale 2017-2018 :
 - Message ciblé à l'intention de la population sur le site Web et Facebook de l'organisation;
 - Affichage aux entrées des installations (hygiène des mains et port du masque);
 - Disponibilité des solutions à base d'alcool pour désinfection des mains et des masques aux entrées des installations (hôpitaux et CHSLD);
 - Agent de sécurité aux entrées de l'hôpital de Hull (entrée principale et urgence) pour limiter l'accès aux visiteurs.
- Mesures de prévention et contrôle de la bactérie Entérocoque Résistant à la Vancomycine (ERV) pour l'hôpital de Hull :

- Au congé des soins intensifs, maintien de l'isolement des cas positifs lors du transfert sur l'unité de soins;
- Isolement des cas infectés;
- Ajout de 4 ETC en hygiène et salubrité pour la prise en charge de la désinfection des équipements de soins, chaises d'aisance, civières et fauteuils roulants;
- Intensifier la campagne d'hygiène des mains;
- Capsule de formation sur l'hygiène des mains et le port adéquat des gants;
- Plan d'action « Campagne hygiène des mains ».

5.2.6 Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art.118.1 LSSSS)

Au niveau organisationnel, la politique et les protocoles d'application de mesures de contrôle ont fait l'objet d'une révision et d'une uniformisation au cours de l'année 2017-2018.

Voici un résumé sommaire des réalisations et constats en 2017-2018 par direction clinique :

Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)

Les mesures exceptionnelles de contrôle sont inscrites dans le plan de travail et sont toujours planifiées. De plus, leur application est rigoureusement inscrite au registre de moyens de contrôle. Les mesures exceptionnelles de contrôles utilisées par la direction SAPA sont : la ceinture abdominale au fauteuil roulant, la boucle anti-déclencheur, la ceinture pelvienne, la ceinture à fixation magnétique avec ou sans bretelles au lit, la veste ou le harnais, la tablette, les ridelles de lit, le fauteuil gériatrique, les attaches, les mitaines, la demie-porte, la porte verrouillée et le drap de retenue allongé. Les contentions ont été évitées suite à différents moyens alternatifs présentés en résumé, ci-dessous :

En CHSLD et en unité gériatrique	Uniquement en CHSLD	Uniquement en unité gériatrique
<ul style="list-style-type: none"> • Tapis de chute • Détecteur à cordelettes • Détecteur de mouvement • Système Smart au lit et au fauteuil • Protecteur de hanche et de tête • Assurer un environnement sécuritaire et fonctionnel du résident • Fauteuil à bascule • Musique douce • Coussinet sensoriel de fauteuil et de lit 	<ul style="list-style-type: none"> • Tapis sensoriel • Détecteur infrarouge • Ceinture (boucle avec alarme) • Approche relationnelle personnalisée • Plate-forme basse pour matelas • Casque protecteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Approche adaptée à la personne âgée • Utilisation de 2 ridelles • Coussins avertisseurs • Utilisation du chariot sensitif • Ceinture de fauteuil roulant avec alarme • Implication de la famille • Grille mictionnelle

Dans un processus d'amélioration continue, tous les nouveaux employés qui entrent en postes aux unités gériatriques du Centre hospitalier de Hull reçoivent la formation sur les mesures exceptionnelles de contrôle lors

du programme d'orientation. Une douzaine d'employés ont été formés au 6e ouest nord du Centre hospitalier de Hull.

Principaux constats à la DSAPA

- Les mesures de remplacements ont permises une diminution de l'utilisation des mesures de contrôle;
- Respect de la politique, du protocole et de la procédure;
- Utilisation, par le personnel, des grilles de surveillance lors d'un recours aux mesures exceptionnelles;
- L'implication de la famille de l'usager a permis une diminution de l'utilisation des mesures de contrôle ;
- Les mesures utilisées sont en lien avec le plan d'intervention/plan de soins/plan de traitement.

Direction de la déficience intellectuelle, de la déficience physique et du trouble du spectre de l'autisme (DDI-DP-TSA)

Pour la direction DI-DP-TSA les mesures de exceptionnelles de contrôle peuvent être appliquées dans les différents milieux fréquentés par la clientèle, qu'il s'agisse d'une installation régie par la direction ou hors installation.

Les mesures de contrôle utilisées sont la contention humaine (maintien physique), l'isolement (portes et barres, salle de mise au calme, retrait à la chambre, etc.), la contention mécanique (ridelle, tablette, système d'attache, ceinture au fauteuil, ceintures : Ségufix, Pinel, Posey, ceinture pelvienne, mitaines, vêtement restrictif, freins pour fauteuil roulant, jambières) et la contention chimique pour laquelle une procédure de «médication au besoin» est développée.

Principaux constats à la DDI-DP-TSA

- Toutes les contentions chimiques appliquées faisaient l'objet du respect de la procédure de « médication au besoin »;
- Pour les milieux fréquentés par la clientèle DI-TSA, nous remarquons une certaine constance des mesures appliquées par rapport à l'an dernier;
- Légère augmentation des procédures de « médication au besoin »;
- Légère diminution du nombre de mesures appliquées annuellement depuis 2015;
- Aucune demande de mesures d'isolement n'a été reçue; ce qui démontre les efforts investis par le personnel afin que les mesures appliquées soient les moins contraignantes et restrictives possibles pour les usagers.

Direction jeunesse (DJ)

À la direction jeunesse, les mesures de contrôle sont principalement utilisées auprès d'une clientèle âgée de 6 à 17 ans qui présente de graves troubles du comportement. La très grande majorité de celle-ci est hébergée en centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA). En tout temps, les équipes appliquent et recherchent d'autres interventions ou des mesures alternatives (principes OMEGA, interventions privilégiées au plan d'intervention, autres interventions de remplacement aux mesures de contrôle).

Différentes actions ont été réalisées dans la dernière année pour encadrer les mesures exceptionnelles de contrôle dans les CRJDA et favoriser le recours aux mesures de remplacement (analyse par les gestionnaires et les

spécialistes cliniques, recours à la grille du potentiel de dangerosité, amélioration des outils de communication, etc.). Pour l'ensemble de la direction, les mesures exceptionnelles de contrôle utilisées sont : l'isolement, le plan de chambre en milieu hospitalier, la contention physique telle, l'intervention physique restrictive ou les substances chimiques en milieu hospitalier exclusivement. Pour l'année 2017-2018, la formation OMEGA a été offerte à douze (12) éducateurs en CRJDA et une (1) personne en pédiatrie. De plus, une formation a été déployée à plusieurs intervenants sur les troubles graves de comportement (TGC).

Différentes interventions ont été réalisées comme mesures de remplacement :

- Pacification OMEGA (interventions verbales);
- Accompagnement de proximité et soutien dans l'autorégulation;
- Sécurité, aménagement du milieu physique, espace spécifique d'apaisement pour les enfants et adolescents;
- Ajustement des interventions privilégiées selon les caractéristiques de l'enfant;
- Participation active des agents d'intervention dans la vie de groupe;
- Matériel d'apaisement.

Principaux constats à la DJ:

- Diminution des mesures de contention;
- Hausse des mesures d'isolement s'expliquant par une augmentation de jeunes présentant des désorganisations comportementales importantes envers autrui pour qui le recours à l'isolement a été privilégié;
- Hausse du nombre de jeunes concernés par les mesures exceptionnelles de contrôle;
- Augmentation du recours aux mesures lorsque les enfants font face à des changements de personnel, des périodes de transition ou de changement dans leur parcours d'hébergement;
- Plus grandes périodes d'instabilité et de grandes désorganisations à la Traversée (6-12 ans) durant la dernière année;
- Plus grand nombre de jeunes présentant des multiproblématiques dans une même unité;
- Dans plusieurs périodes de l'année, les taux d'occupation ont été plus élevés dans les unités où l'on retrouve le plus de mesures de contrôle.

Direction de la santé mentale et dépendance (DSMD)

À la direction des programmes santé mentale et dépendance, la clientèle présente un trouble de santé mentale, bien souvent sévère et elle peut également présenter des troubles du comportement. De manière générale, l'utilisateur desservi qui ferait l'objet d'une mesure de contrôle présente un comportement agressif ou violent et représente un danger pour lui-même ou autrui. Au préalable, des interventions alternatives (technique de relaxation, mandalas, musique, repos à la chambre) sont réalisées dans le but d'éviter ces mesures exceptionnelles. La contention chimique et l'isolement sont utilisés comme mesures de contrôle à la DSMD.

Dans la dernière année, une collaboration entre la DSMD et la DSI a permis d'élaborer et d'implanter un nouvel outil associé au plan de soins hospitaliers pour mettre en place un *Plan proactif de mesure de contrôle*. Cet outil vise à impliquer l'utilisateur dans l'identification des alternatives à une mesure de contrôle. La DSMD déploie actuellement la formation OMEGA dans l'ensemble des unités de soins afin de sensibiliser son personnel aux

interventions et méthodes alternatives aux mesures de contrôle. Au total, 110 employés de la direction ont été formés en 2017-2018.

Principaux constats à la DSMD

- Les mesures de contrôles sont rarement planifiées considérant les événements de crises et de désorganisation liés aux spécificités des troubles de santé mentale;
- Le personnel clinique tend à élaborer un plan d'intervention dans lequel les mesures de contrôle sont inscrites comme moyen prévu à la gestion de crise.

Direction des soins infirmiers (DSI)

À la direction des soins infirmiers, la clientèle est très variée et certaines problématiques (santé mentale, trouble cognitif, pathologie physique) nécessitent des contentions. Plusieurs contentions ont été évitées suite à l'utilisation de mesures alternatives comme le tapis avertisseur au lit ou au fauteuil. La nouvelle politique sur les heures de visites et sur la présence d'accompagnateur devrait contribuer à la diminution d'utilisation des contentions. Des formations et des informations sur le protocole, la procédure et le formulaire de déclaration ont été données aux infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires et aux professionnels à l'automne et l'hiver 2017-2018.

Principaux constats à la DSI

- Les mesures les plus fréquemment utilisées sont les attaches aux poignets et aux chevilles. Ces contentions se retrouvent aux soins intensifs, dans la plupart des cas, afin de prévenir les extubations chez les patients sous sédation;
- Le personnel tente de renforcer la saisie de toutes les mesures de contrôle dans le registre;
- Le nouveau protocole interdisciplinaire relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle a fait l'objet d'enseignement et de sensibilisation auprès du personnel soignant des différents milieux de soins au cours de l'année.

5.2.7 Les mesures mises en place par l'établissement ou son Comité de vigilance et de la qualité suite aux recommandations formulées par les instances suivantes :

Les Commissaires aux plaintes et à la qualité des services

En 2017-2018, les Commissaires ont émis 45 recommandations. Ils ont demandé des suivis réguliers auprès des directions concernées à l'égard de ces nouvelles recommandations ainsi que les cinquante-neuf (59) recommandations émises dans les années antérieures qui elles, étaient encore en cours de réalisation en début d'année.

Les principaux motifs de plaintes en 2017-2018 se présentent comme suit :

- Organisation du milieu et ressources matérielles (32.5 %)
 - Compétence technique et professionnelle-capacité de faire le travail de base (habiletés techniques et professionnelles)
 - Continuité (absence de suivi)
 - Plan de services ou plan d'intervention (application et suivi)

- L'accessibilité (21 %)
 - Difficultés d'accès aux services formellement requis
 - Soins/services/programmes (temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport)
 - Rendez-vous (temps d'attente pour obtenir le rendez-vous)
 - Absence de service ou de ressource
 - Délais (accès téléphonique)
- L'organisation du milieu et les ressources matérielles (19 %)
 - Règles et procédures du milieu (présence de règles et procédures, respect des règles, heures de visites)
 - Équipement et matériel (désuétude, disponibilité, bris)
 - Confort et commodité (température des lieux, confort des chambres)
 - Organisation des services de sécurité (sécurité informationnelle)
- Droits particuliers (17 %)
 - Accès au dossier de l'utilisateur (délais d'accès, refus d'accès)
 - Droits linguistiques (accès aux services en langue française)
 - Sur la compréhension du sens d'une intervention au sens de la LPJ (incident ou accident survenu)
 - Consentement libre et éclairé
- Les relations interpersonnelles (10 %)
 - Communication / attitude (manque d'empathie, commentaires inappropriés)
 - Abus par un médecin, intervenant ou professionnel (abus d'autorité, abus verbal)
 - Respect et manque à l'égard de la personne (manque de politesse)

Un effort considérable a été fourni par les directions pour mettre en œuvre les travaux nécessaires à la réalisation des recommandations. À cet égard, 56 recommandations ont été réalisées cette année et une a dû être annulée puisqu'elle n'était plus réalisable. Ainsi, 47 recommandations demeurent en suivi actif au début de l'année 2018-2019. Toutes ces recommandations font l'objet d'un suivi auprès du Comité de vigilance et de la qualité.

Voici une liste de certaines mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :

- Information donnée aux usagers des salles d'attente des urgences des hôpitaux de Hull et de Gatineau, des différents degrés de priorité au triage;
- Moniteur (écran) relié aux caméras de surveillance installées dans les salles de triage 1 et 3 à l'urgence de l'hôpital de Hull, afin que le personnel infirmier soit en mesure d'assurer une surveillance visuelle continue des usagers de la salle d'attente;
- Installation de rideaux séparateurs sur les soins de l'hôpital de Gatineau où se trouvent des civières de surcapacité;
- Actions concertées de mises en place afin que les mécanismes d'accès pour les usagers demandant des soins et de services en santé mentale au CISSS de l'Outaouais soient connus et appliqués par le personnel concerné;
- Révision de la procédure du traitement des requêtes pour la radiologie;
- Application d'un protocole infirmier des traitements des allergies avec bédryl per os (p.o.) dès le triage dans toutes les salles d'urgence du CISSS de l'Outaouais;

Le comité de vigilance et de la qualité a adressé une recommandation au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais afin d'accepter les 6 recommandations émises par les Commissaires aux plaintes et à la qualité des services concernant le respect des droits des usagers des Premières Nations. Le Conseil d'administration a

accepté l'ensemble des recommandations et voici une liste des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :

- Mise en place d'un plan d'action pour l'amélioration de l'accès en langue anglaise;
- Embauche d'une personne des Premières Nations pour la traduction anglaise et algonquine;
- Création d'une structure de communication permanente entre le CISSS de l'Outaouais et les deux communautés Anishnabeg-Algonquine de la région de Maniwaki;
- Identification d'une personne cadre du CISSS de l'Outaouais qui sera l'interlocuteur privilégié avec les autorités de Kitigan Zigi et du Lac Rapide;
- Embauche d'employés en provenance des Premières Nations;
- Contribution d'une infirmière, une auxiliaire et une travailleuse sociale pour certains besoins des communautés et des autochtones vivant hors réserve;
- Rencontres planifiées avec chacune des communautés et le Centre d'amitié autochtone;
- Formation de sensibilisation sur les réalités et l'histoire des Premières Nations;
- Collaboration établie avec la Table d'accessibilité aux Premières Nations de Maniwaki.

Le Protecteur du citoyen

En 2017-2018, le Protecteur du citoyen a émis 29 recommandations à l'établissement portant sur 6 dossiers.

Adaptation des services aux communautés culturelles et droits - Recommandations

- *S'assurer que les services nécessaires soient fournis.*
- *Établir des partenariats avec les organismes spécialisés en matière d'abus sexuels ou faciliter la référence aux professionnels en la matière à même le CISSS afin de fournir les services appropriés aux jeunes victimes.*
- *S'assurer que la Direction de la protection de la jeunesse prenne les moyens nécessaires afin de veiller au suivi de ses dossiers.*
- *Établir un système de vérification permettant de s'assurer que les plans d'intervention sont préparés avec la participation de l'utilisateur, de son représentant légal ou d'un membre de sa famille.*
- *Évaluer la possibilité d'adapter les plans d'intervention aux spécificités culturelles des Premières Nations.*
- *Faire un rappel aux intervenants quant à l'importance de choisir une ressource ayant une proximité culturelle avec les enfants placés, lorsque cette option est disponible et respecte les ordonnances et les besoins cliniques.*
- *Mettre en place, avec la famille d'accueil, des mesures pour que les enfants puissent participer à des activités culturelles afin de développer et sauvegarder leur culture autochtone.*
- *S'assurer que la Direction de la protection de la jeunesse prenne les moyens pour veiller à ce qu'un suivi approprié soit donné aux ordonnances portant sur l'aide, conseil et assistance aux enfants et leurs familles.*
- *S'assurer que les intervenants puissent consulter, de façon dont le CISSS jugera approprié (sur place, visioconférence), un spécialiste en activités cliniques afin de leur permettre de valider leurs observations et leurs décisions.*
- *S'assurer que les décisions en matière de supervision des visites soient prises en équipe tout en veillant à ce que les parents et les enfants soient informés des objectifs de ces visites et des changements requis pour en modifier les conditions.*
- *Prendre les mesures nécessaires afin de faire évoluer l'intervention et offrir aux enfants et à la famille des services sociaux de qualité.*
- *Faire un changement d'intervenant au dossier afin de contribuer au dénouement de la situation.*
- *Faire un rappel aux intervenants et à leurs chefs de service quant à la confidentialité de la démarche de plainte auprès du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du Protecteur du citoyen.*
- *Retirer toute référence à la démarche de plainte consignée dans les notes évolutives.*

Résumé des mesures

- Services disponibles avec plan d'accompagnement
- Référence à l'intervenante dédiée au suivi en protection de la jeunesse en matière d'abus sexuel
- Suivi de tableaux statistiques et analyse mensuel avec le Chef des services aux Premières Nations
- Rappel au personnel concernant les attentes et le suivi des plans d'intervention
- Activités culturelles avec le Centre d'amitié autochtone de Maniwaki
- Révision de la charge de cas des intervenants
- Rencontre avec la famille avec des interventions adaptées à la culture et aux besoins de la clientèle
- Changement d'intervenant
- Rappel au personnel sur la confidentialité

Services aux résidents - Recommandation

- *S'assurer que les pratiques de transfert et de déplacement employées auprès des résidents par les membres du personnel et les visiteurs respectent systématiquement les recommandations formulées par les professionnels en physiothérapie et en ergothérapie.*

Résumé des mesures

- Note de service au personnel soignant, professionnels et médecins
- Information transmise aux résidents et leurs proches dans le journal Le Porte-Voix et aux comité des résidents
- Affiche dans les ascenseurs du CHSLD
- Information dans le guide d'accueil des nouveaux résidents

Accessibilité et qualité des services dans les salles d'attente aux urgences - Recommandations

- *S'assurer que toutes les personnes qui se présentent à l'urgence de l'hôpital de Gatineau soient évaluées dans un délai de 10 minutes suivant leur arrivée, notamment par l'instauration de l'évaluation brève, lorsque la durée d'attente au triage est supérieure à la norme prescrite, et la réalisation, dans un deuxième temps, d'audits de qualité.*
- *S'assurer qu'une évaluation quantitative de la douleur (échelle 0 à 10) est effectuée par toutes les personnes souffrantes qui se présentent aux urgences des hôpitaux de Hull et de Gatineau, notamment en offrant un encadrement individuel au personnel qui n'effectue par l'évaluation quantitative de la douleur et en effectuant des audits des évaluations au triage du personnel ayant bénéficié d'un encadrement individuel en assurant le suivi qui s'impose.*
- *D'installer un moniteur relié aux caméras (écran) de surveillance dans les salles de triage 1 et 3 à l'urgence de l'hôpital de Hull afin que le personnel infirmier soit en mesure d'assurer une surveillance visuelle des usagers dans la salle d'attente.*
- *S'assurer que le personnel infirmier au triage des urgences des hôpitaux de Hull et de Gatineau documente au dossier des usagers, les vérifications visuelles (« quick look ») effectuées.*
- *Mettre en place, dans les urgences des hôpitaux de Hull et de Gatineau, de nouveaux moyens afin que soient respectés les délais de réévaluation exigés par l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG).*
- *Informers les usagers des salles d'attente des urgences de Hull et de Gatineau, des différents degrés de priorité au triage.*
- *Optimiser la procédure de réorientation des usagers et des usagères des urgences d'Hull et de Gatineau, notamment en identifiant les lacunes dans le processus et en y apportant les correctifs nécessaires.*
- *Déterminer, sur les unités de soins de l'hôpital de Gatineau, l'emplacement des civières de surcapacité et y installer des rideaux séparateurs.*

Résumé des mesures

- Mise en place du triage bref
- Audits de nombreuses grilles de triage et de réévaluations au triage auprès des infirmières des hôpitaux de Hull et de Gatineau
- Évaluation quantitative de la douleur des usagers dans les salles d'attente des urgences de Hull et de Gatineau
- Installation d'un écran dans chacune des 3 salles de triage
- Rapport interquart concernant les usagers dans l'aire d'attente
- Réévaluation des usagers de la salle d'attente au début de chaque quart
- Soutien de l'agente administrative à l'enregistrement
- Informations diffusées sur les téléviseurs des salles d'urgence de Hull et de Gatineau
- Mise en place d'une procédure de réorientation auprès d'une nouvelle GMF-R et optimisation de la procédure de réorientation auprès de 8 GMF
- Civière de surcapacité et rideaux séparateurs aux unités de soins du 5^e Nord, 6^e Nord et 7^e Nord de l'hôpital de Gatineau.

Tenue de dossier - Recommandations

- *Amender le rapport de façon à ce qu'il soit conforme à la nature des informations collectées.*
- *Effectuer la mise à jour de la politique relative à la gestion du dossier de l'utilisateur.*
- *Diffuser la nouvelle politique et s'assurer que le personnel applique les normes et règles relatives à la tenue de dossier.*

Résumé des mesures

- N/D – suivi en cours

Tenue de dossier et sécurité – Recommandations

- *S'assurer que le personnel infirmier, à l'unité de médecine et soins intensifs de l'hôpital de Papineau, complète de façon adéquate les plans thérapeutiques infirmiers dans tous les dossiers des usagers.*
- *Rappeler au personnel concerné, les responsabilités au regard de la sécurité des soins et de la prévention des chutes.*

Résumé des mesures

- Rappel au personnel en équipe et en individuel
- Audits pour mesurer le taux de conformité
- Mise en place de stations visuelles

Accessibilité des services - Recommandation

- *S'assurer que l'analyse des besoins pour les usagers inscrits au programme de soutien à domicile et en attente de travaux d'adaptation domiciliaire soit réalisée au moment où le devis est disponible afin de planifier la mise en place de mesures de soutien dans un délai raisonnable.*

Résumé des mesures

- N/D – suivi en cours

Les Médecins examinateurs

Voici la liste des principales recommandations.

- *Que les radiologistes, lorsqu'ils souhaitent qu'une investigation soit poursuivie et qu'un rendez-vous soit fixé, devront dorénavant prescrire un délai précis ou utiliser une nomenclature standardisée (non urgent, semi-urgent, urgent, STAT) qui précise une durée prescrite prédéfinie préalablement par le département.*
- *Que le protocole de contention et d'isolement soit révisé par un comité impliquant un médecin membre du CMDP et de la DSP.*
- *Que le CISSS de l'Outaouais développe et adopte un protocole de traitement et de prise en charge du sevrage alcoolique et delirium tremens pour standardiser les pratiques et améliorer la sécurité des usagers.*
- *Qu'un avis soit envoyé à tous les médecins du CISSS de l'Outaouais sur la tenue de dossier.*
- *Que le CISSS de l'Outaouais révisé ses procédures afin de minimiser le risque qu'un usager ne se présente à un rendez-vous de suivi pour un rapport de pathologie alors que le résultat n'est pas au dossier.*
- *Que tous les urgentologues obtiennent un accès à Synopsis et l'utilisent plutôt que de se fier au service des archives.*
- *Que les départements d'urgence et de radiologie développent une procédure de rétroaction pour faciliter le suivi des résultats anormaux lorsqu'il y a une discordance entre l'interprétation du médecin d'urgence et celle du radiologiste.*
- *Que la DSP émette une politique stipulant que le médecin traitant (ou son collègue de garde) doit être avisé pour assurer la prise en charge et l'orientation de l'utilisateur qui se présente à l'urgence pour un symptôme pouvant représenter une complication d'une procédure invasive subie le jour même. Que les médecins spécialistes, les médecins d'urgences et le personnel des urgences soient informés de cette politique et que le CMDP considère en faire un règlement.*
- *Que la DSP, en collaboration avec le chef du département obstétrique-gynécologie et la DSI, s'assure que les 17 recommandations du Rapport du Morbid-Mortal (novembre 2017) soumis au Comité de l'évaluation de l'acte du CMDP, soient intégrées dans les pratiques et protocoles du département d'obstétrique-gynécologie du CISSS de l'Outaouais.*

Voici le résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :

- Utilisation d'une nomenclature standardisée par les radiologistes en identifiant (*non urgent, semi-urgent, urgent, STAT*);
- Révision du protocole de contention et d'isolement;
- Élaboration d'un protocole de traitement et de prise en charge du sevrage alcoolique et delirium tremens pour standardiser les pratiques et améliorer la sécurité des usagers;
- Note acheminée aux médecins pour structurer la note au dossier de l'utilisateur.

Le Coroner

Voici les recommandations reçues du Bureau du Coroner en 2017-2018 avec les mesures correctives qui ont été mises en place.

- *Que le CISSS de l'Outaouais et la Direction des soins infirmiers se penchent sur la question de la qualité des notes du personnel infirmier, lesquelles sont souvent imprécises et ne permettent pas une bonne compréhension de l'évaluation clinique et de la prise en charge réelle des patients.*

Mesures :

- Amélioration des notes aux dossiers
- Révision de l'organisation du travail

- *Que la Direction générale du CISSS de l'Outaouais s'assure que le dossier soit revu par le comité de gestion des risques de l'hôpital Memorial de Wakefield.*

Mesure :

- Séances de formation et de sensibilisation auprès des équipes afin d'assurer l'appropriation des procédures en gestion des risques.

- *Que le CISSS de l'Outaouais évalue le suivi de la condition cardiaque de l'utilisateur.*

Mesure :

- Aucune mesure car le suivi a été adéquat suite à l'évaluation demandée.

- *Que le CISSS de l'Outaouais revoit le dossier de l'utilisateur et y apporte les changements nécessaires afin d'améliorer le suivi post-opératoire.*

Mesures :

- Formation sur l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique dont l'état de santé présente des risques.
- Formation sur la planification des interventions en cohérence avec l'histoire clinique.
- Formation sur les signes précurseurs d'un choc septique.
- Élaboration d'un aide-mémoire sur les principales complications à survenir en période post-opératoire.
- Tournées de qualités effectuées quotidiennement par les conseillers-cadres.

Les Ordres professionnels

L'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec a procédé à des visites d'inspection pour l'ensemble des laboratoires du CISSS de l'Outaouais au cours de l'année 2017. L'objectif de ces visites est d'assurer la protection du public, notamment par le contrôle de l'exercice de la profession par l'ensemble de ses membres. Plusieurs interventions ont été instaurées par l'ensemble des équipes suite aux visites de surveillance générale.

Voici la liste des principales recommandations

- *Standardiser les contrôles internes et externes de la qualité;*
- *Assurer la standardisation dans le transport des spécimens et le délai de temps de conservation optimal des échantillons;*
- *Limiter les accès dans l'ensemble des laboratoires aux personnes autorisées*
- *Mettre en place un plan de formation en réanimation cardio-respiratoire (RCR) pour l'ensemble des employés*

Voici un résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :

- Plan de formation en RCR depuis l'automne 2017;
- Acquisition de nouvelles glacières pour le transport des échantillons;
- Optimisation de la gestion des inventaires;
- Instauration de plus de contrôles interne et externe;

- Retour à l'ensemble des employés sur les contrôles de qualité;
- Standardisation des méthodes d'entretien;
- Conception d'une procédure de corrections d'erreurs et la réalisation;
- Mise en place d'un contrôle de l'accès par code à l'ensemble des laboratoires.

La Commission Canadienne de sécurité nucléaire (CCSN)

Le CISSS de l'Outaouais a reçu trois visites de la Commission Canadienne de sécurité nucléaire (CCSN) dont une visite planifiée en radio-oncologie et deux visites non-planifiées en médecine nucléaire dans les installations de l'hôpital de Hull et l'hôpital de Gatineau. Les visites permettent de vérifier la conformité de l'organisme avec la Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaire, les règlements applicables et les permis.

Les principales recommandations ou les actions devant être entreprises identifiées sont :

- *au niveau de la formation des employés, de la mise à jour du manuel de radioprotection ainsi que des documents connexes et;*
- *du respect des procédures de sécurité notamment le respect des zones délimitées, la vérification des systèmes de sûreté, l'étalonnage annuel des radiomètres et le port d'équipement de protection individuelle (EPI) adéquat.*

Les mesures accomplies sont :

- Formation donnée au personnel auxiliaire (sans lien direct avec les substances nucléaires et les équipements réglementés) et rendue disponible sur une plate-forme électronique.
- Simulations d'intrusion avec l'équipe de curiethérapie.
- Nombreux rappels conduits au sein des équipes de radio-oncologie et de médecine nucléaire sur l'importance de respecter les signaux de mise en garde contre les rayonnements et de la nécessité du port des équipements de protection individuelle.
- Révision de l'affichage des contacts d'urgence et d'indication de l'interdiction de boire et de manger.
- Révisions des procédures de sécurité existantes.
- Révision du manuel de radioprotection en cours.
- Mise en place des systèmes de sûreté additionnels.

5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement

Le CISSS de l'Outaouais détient des installations pouvant accueillir les personnes mises sous garde en vertu de l'article 6 ou 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001). Le tableau suivant présente les principaux cas de mises sous garde sur le territoire de l'Outaouais en 2017-2018 :

	CH-Hull	CH-Gatineau	CH-Vallée-de-la-Gatineau	CH-Pontiac	CH-des Collines	CH-Papineau	CH Pierre-Janet	Total CISSS de l'Outaouais
Nb de mises sous garde préventive appliquées	76	659	31	10	23	66	56	921
Nb d'usagers différents mis sous garde préventive	70	526	24	8	16	53	31	728
Nb 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	13	29	()	()	()	()	7	49
Nb de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	12	26	()	()	()	()	7	45
Nb d'usagers différents mis sous garde provisoire	12	25	()	()	()	()	7	44
Nb de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	128	139	9	()	()	24	83	383
Nb de demandes (requêtes) 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)	123	137	8	()	()	24	80	372
Nb d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	102	127	8	()	()	20	76	333
Nb d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1er avril 2017 au 31 mars 2018, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	74	528	24	9	16	53	31	735

() : Nombre trop petit pour en permettre la publication.

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) prévoit un régime d'examen des plaintes qui permet à une personne s'estimant lésée dans ses droits d'exprimer son insatisfaction et/ou de déposer une plainte à ce sujet.

Pour consulter le rapport annuel portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services du CISSS de l'Outaouais, les usagers sont invités à consulter le site Web : www.ciiss-outaouais.gouv.qc.ca à la section « *MON CISSS* ».

5.5 L'information et la consultation de la population

La population est tenue informée des activités du CISSS de l'Outaouais par la diffusion de communiqués et de conférences de presse, ainsi que par le biais de campagnes d'information.

Chaque année, les membres du conseil d'administration rencontrent les citoyens via une tournée d'information et d'échanges. Au total, pour 2017-2018, environ 120 membres du public ont assisté aux rencontres, comparativement à 50 en 2016-2017. Voici les dates et lieux des consultations :

- Lundi 2 octobre 2017 - Gatineau
- Mardi 3 octobre 2017 - Vallée-de-la-Gatineau
- Jeudi 5 octobre 2017- Collines
- Mardi 10 octobre 2017 - Papineau
- Jeudi 12 octobre 2017- Pontiac

Le CISSS de l'Outaouais répond aux questions des médias tout au long de l'année et entretient des liens avec la communauté, notamment, en passant par les élus (fédéraux, provinciaux et municipaux) et le comité des usagers.

Les citoyens peuvent aussi se référer en tout temps à notre site Web, à nos pages officielles sur les médias sociaux, ou participer aux assemblées du conseil d'administration qui sont publiques. Enfin, à l'intérieur des salles d'attente de certaines de nos installations, des téléviseurs diffusent en continu des messages d'intérêt public.

La réalisation du sondage de satisfaction de la clientèle et l'intégration de patients partenaires, collaborateurs précieux, à des comités de travail et de recherche sont des moyens efficaces utilisés pour consulter et impliquer la population dans la démarche d'amélioration continue du CISSS de l'Outaouais.

De manière plus spécifique, en plus des moyens cités précédemment :

1. Le service de l'accès à l'information a déposé sur le site Web du CISSS de l'Outaouais tous les documents mentionnés à l'article 4 du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, c. A-2.1, règlement 2). 77.

2. L'équipe du programme d'aide aux organismes communautaires :
 - 2.1 transmet directement aux organismes qui les partagent avec leurs membres : les communiqués de presse, les ordres du jour du conseil d'administration, et deux fois par année, le registre des organismes communautaires;
 - 2.2 publie les activités des organismes communautaires en affichant, dans la section « *Actualités communautaires*» du site Web : www.cisss-outaouais.gouv.qc.ca.
3. Il est également possible de communiquer avec le bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour une demande d'assistance.

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

Résumé

Le 10 juin 2014, l'Assemblée nationale du Québec sanctionnait la *Loi concernant les soins de fin de vie*² ayant pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. Cette loi précise les droits des patients tout au long du continuum de soins leur permettant ainsi d'avoir accès à des soins de qualité répondant à leurs besoins. Reconnaissant la primauté des volontés exprimées clairement et librement, cette loi met également en place le régime de directives médicales anticipées. Ainsi, le 10 décembre 2015, les dispositions de cette loi entraient en vigueur et autorisaient par le fait même l'aide médicale à mourir (AMM). L'AMM se définit comme « un soin consistant à l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant le décès »³. Par ailleurs, la Commission sur les soins de fin de vie a été instituée avec mandat d'examiner toutes questions relatives aux soins de fin de vie, dont évaluer l'application de ladite loi et surveiller l'application des exigences particulières à l'AMM.

La mise en œuvre de cette loi engendre d'importants changements au sein des pratiques médicales et pour cette raison elle établit des critères stricts d'éligibilité, ainsi qu'un encadrement du processus d'évaluation des demandes d'AMM et de déclarations des pratiques, et ce, peu importe l'endroit d'application. Cette loi prévoit également les exigences spécifiques à la sédation palliative continue qui est « un soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès »⁴.

Au CISSS de l'Outaouais, plusieurs directions sont interpellées à travailler en collaboration afin d'assurer une continuité dans les services de soins de fin de vie. Dans le cadre d'application de la loi, chaque établissement de santé dont le CISSS de l'Outaouais, a mis sur pied un Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS). Le GIS a pour mandat d'offrir du soutien aux équipes interdisciplinaires dans le cheminement clinico-administratif des demandes d'aide médicale à mourir et aux décideurs de l'établissement quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

Enfin, entre le 10 décembre 2016 et le 9 décembre 2017, 2792 patients ont bénéficiés de soins palliatifs et de fin de vie au CISSS de l'Outaouais. Pour cette même période, 36 sédations palliatives continues ont été administrées. De même, 36 demandes d'AMM ont été formulées, dont 25 ont été administrées. En effet, 11 demandes d'AMM n'ont pas eu lieu, et ce, pour divers motifs : 6 personnes ne répondaient pas aux conditions au moment de la demande d'AMM, 3 personnes ont retiré par elles-mêmes leur demande, une (1) personne est décédée avant la fin du processus d'évaluation de sa demande et une (1) personne répondait aux conditions au moment de la demande d'AMM, mais a cessé d'y répondre en cours de processus.

² Assemblée nationale. *Loi concernant les soins de fin de vie*. Québec, Canada : Assemblée nationale du Québec, 2015.

³ Idem

⁴ Idem

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

Rapport du Président-Directeur général au Conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais et à la Commission sur les soins de fin de vie (Loi 2, Chapitre III, art. 8)

Exercice : 2016-2017 (10 déc. 2016 - 9 juin 2017) et 2017-2018 (10 juin 2017 - 9 déc. 2017)

du: 10-déc-16 au: 09-déc-17

Activité	Information demandée	Site ou installation ^a				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée pour la période du 2016-12-10 au 2017-12-09.	595				595
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour la période du 2016-12-10 au 2017-12-09.		357			357
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile pour la période du 2016-12-10 au 2017-12-09.			1408		1408
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs pour la période du 2016-12-10 au 2017-12-09.				432	432
		Total du nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie				2792
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées :	32	2	0	2	36
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées :	22	3	11	0	36
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées :	17	1	7	0	25
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs associés : <u>Informations complémentaires:</u> 6 personnes ne répondaient pas aux conditions d'éligibilité au moment de la demande d'AMM, dont : - 1 personne n'était pas considérée en fin de vie. - 2 personnes n'étaient pas aptes à consentir aux soins. - 1 personne n'était pas apte à consentir aux soins et n'était pas considérée en fin de vie. - 2 personnes n'étaient pas considérés en fin de vie et n'étaient pas atteints d'une maladie grave et incurable. 3 personnes ont retiré elles-mêmes leur demande. 1 personne est décédée avant la fin de l'évaluation. 1 personne répondait aux conditions au moment de la demande d'AMM, mais a cessé d'y répondre au cours du processus d'évaluation (détérioration de l'état cognitif la rendant inapte à consentir aux soins).	4	2	5	0	11

7. LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 Les ressources humaines du CISSS de l'Outaouais

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT				
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		Exercice courant	Exercice précédent	Variation (C.1 - C.2)
		1	2	3
Personnel cadre (en date du 31 mars):				
Temps Complet, nombre de personnes (Note 1)	1	290	284	6
Temps partiel (Note 1):				
- Nombre de personnes	2	8	8	-
- Équivalents temps complet (Note 4)	3	6,80	6,88	-0,08
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	4	4	7	-3
Personnel régulier (en date du 31 mars):				
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	5	4 860	4908	-48
Temps partiel (Note 2):				
- Nombre de personnes	6	2 183	2 168	15
- Équivalents temps complet (Note 4)	7	1 910,14	2 101,1	-190,96
Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	8	5	10	-5
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)				
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	9	3 060 657,83	3 489 289,45	-428 631,62
Équivalent temps complet (Notes 3 et 4)	10	1 675,24	1 909,85	-234,61

Note 1: Excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

Note 2: Excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

Note 3: Les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (années bissextile)

Note 4: Pour les lignes L.03, L.07 et L.10, colonne 2, les chiffres de l'exercice précédent doivent être saisis par l'établissement, afin d'avoir les données avec les décimales

7.2 La gestion et contrôle des effectifs pour le CISSS de l'Outaouais

Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

11045218 - CISSS de l'Outaouais		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2017-04-02 au 2018-03-31		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	682 599	6 603	689 202	376	426
	2015-16	612 821	2 695	615 516	337	380
	2016-17	574 415	5 155	579 570	316	365
	2017-18	542 228	3 522	545 750	298	350
	Variation	(20,6 %)	(46,7 %)	(20,8 %)	(20,6 %)	(17,8 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	2 172 498	11 615	2 184 113	1 202	1 496
	2015-16	2 107 108	10 951	2 118 059	1 166	1 437
	2016-17	2 093 681	13 507	2 107 188	1 159	1 423
	2017-18	2 187 975	14 032	2 202 007	1 210	1 514
	Variation	0,7 %	20,8 %	0,8 %	0,7 %	1,2 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	3 769 698	213 290	3 982 988	2 018	2 693
	2015-16	3 794 802	201 789	3 996 591	2 030	2 706
	2016-17	3 791 651	233 089	4 024 740	2 025	2 705
	2017-18	3 860 119	263 053	4 123 172	2 063	2 762
	Variation	2,4 %	23,3 %	3,5 %	2,2 %	2,6 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6 232 601	174 896	6 407 497	3 411	4 778
	2015-16	6 171 897	154 379	6 326 276	3 377	4 654
	2016-17	6 102 369	201 011	6 303 380	3 341	4 650
	2017-18	6 272 629	252 750	6 525 380	3 440	4 891
	Variation	0,6 %	44,5 %	1,8 %	0,8 %	2,4 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 349 776	27 293	1 377 069	689	1 241
	2015-16	1 327 240	23 052	1 350 292	679	1 216
	2016-17	1 316 634	24 341	1 340 975	673	1 181
	2017-18	1 318 251	33 604	1 351 855	674	1 171
	Variation	(2,3 %)	23,1 %	(1,8 %)	(2,2 %)	(5,6 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	27 235	67	27 302	15	127
	2015-16	16 029	24	16 053	9	109
	2016-17	12 710	33	12 743	7	71
	2017-18	23 779	147	23 926	13	91
	Variation	(12,7 %)	118,7 %	(12,4 %)	(11,1 %)	(28,3 %)
Total du personnel	2014-15	14 234 407	433 764	14 668 171	7 711	10 132
	2015-16	14 029 897	392 890	14 422 786	7 597	9 915
	2016-17	13 891 460	477 137	14 368 597	7 522	9 883
	2017-18	14 204 981	567 108	14 772 089	7 699	10 257
	Variation	(0,2 %)	30,7 %	0,7 %	(0,2 %)	1,2 %

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

En plus de cet aspect, les éléments suivants expliquent l'écart :

- La durée prolongée de l'évaluation de l'hôpital Pierre-Janet
- La saison de grippe virulente
- L'augmentation des heures travaillées régulières qui étaient effectuées par de la MOI en 2014-2015.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Répartition des charges brutes par programmes

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé publique	14 488 726	1,74%	13 303 607	1,67%
Services généraux - activités cliniques et d'aide	40 568 961	4,86%	36 861 102	4,64%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	119 097 829	14,28%	110 641 324	13,92%
Déficiences physique	28 914 263	3,47%	27 997 547	3,52%
Déficiences intellectuelle et TSA	40 457 494	4,85%	37 004 565	4,66%
Jeunes en difficulté	54 590 385	6,55%	52 863 486	6,65%
Dépendances	4 573 420	0,55%	4 484 825	0,56%
Santé mentale	53 838 508	6,46%	50 591 084	6,36%
Santé physique	316 017 050	37,89%	306 163 869	38,52%
Programmes soutien				
Administration	49 638 212	5,95%	46 245 860	5,82%
Soutien aux services	59 880 757	7,18%	57 099 549	7,18%
Gestion des bâtiments et des équipements	51 923 579	6,23%	51 636 663	6,50%
Total	833 989 184		794 893 481	

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel A5-471 publié sur son site Internet pour plus d'information sur les ressources financières.

8.2 L'équilibre budgétaire

Le résultat global de l'année financière se termine par un surplus de 554 961 \$ présenté de la façon suivante :

- Fonds d'exploitation : 37 729 \$
- Fonds d'immobilisations : 517 232 \$

En vertu des articles 3 et 4 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux* (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement s'est conformé à son obligation légale ne pas encourir de déficit à la fin de l'année financière.

8.3 Les contrats de services

Les contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	0	0
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	135	28 020 270,87 \$
Total des contrats de services	135	28 020 270,87 \$

¹Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

² Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

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

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CISSS de l'Outaouais

1104-5218

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2018

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport à la gouvernance						
CISSS de Papineau :						
Absence de politique et procédures formelles concernant la disposition d'immobilisations corporelles et l'évaluation de perte de valeur potentielle.	2012-13	O	Sera analysé en 2018-19			X
CISSS des Collines :						
Au cours de notre analyse des dossiers employés, nous avons noté que plusieurs dossiers d'employés ne contenaient pas au minimum une évaluation du personnel sur une période de 3 ans, tel que requis par la politique ministérielle.	2013-14	C	Politique adoptée le 15-11-2016 et révisée le 11-07-2017. Développement d'un nouvel outil d'évaluation. Formation donnée aux cadres Gestionnaires avisés de la révision par courriel en août 2017. Les premières évaluations devront être effectuées durant l'exercice 2017-18.	X		
CISSS de l'Outaouais						
Approbation des feuilles de temps						
Lors de notre audit, nous avons remarqué que certains superviseurs ou chefs de département délèguent le pouvoir d'approuver les feuilles de temps des employés de leur département à un adjoint administratif. Cette pratique n'est pas conforme aux orientations actuellement en vigueur au CISSS de l'Outaouais. Nous recommandons à la direction de revoir le processus en place afin de s'assurer que les feuilles de temps sont approuvées et revues par les personnes appropriées.	2016-17	O	Nouveau formulaire d'accès et une note de service ont été envoyés aux gestionnaires en juillet 2017. Depuis juillet 2017 aucune demande par un employé n'a été acceptée sauf pour les postes ayant déjà l'accès accordé. Une vigilance est appliquée pour la détection d'accès non conformes aux niveaux de responsabilité. Suite à la fusion des bases de données prévue en septembre 2018, seuls les gestionnaires pourront approuver.		X	

<p>CSSS de Gatineau : Environnement informatique</p> <p>Lors de notre audit, nous avons constaté certains points de contrôle informatique qui mériteraient d'être revus ou renforcés.</p> <p>1. Formule 3B (accès utilisateur)</p> <p>Les déficiences importantes de contrôles internes relevées au cours de notre mission sont également décrites dans les « commentaires relatifs au questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant » de la page 123 du rapport financier AS□ 471. (Année 2012-2013)</p>	2012-13	O	<p>Formule 3B :</p> <p>La liste des accès est mise à jour annuellement et à chaque arrivée et départ d'un employé du Service de la paie.</p> <p>Les paies nettes de plus de 2000 \$ sont vérifiées.</p> <p>Une vérification aléatoire est effectuée à partir de plusieurs rapports pour détecter des anomalies.</p> <p>Note : aucune irrégularité n'a été trouvée jusqu'à présent.</p>		X	
<p>CSSS de Gatineau, CSSS Papineau (2014) Utilisateurs à hauts privilèges</p> <p>Il existait huit (8) comptes à hauts privilèges (« accès à tout ») dans l'application GRM et 24 comptes administrateurs au réseau qui n'étaient pas appropriés.</p> <p>Les comptes à haut privilèges peuvent créer de nouveaux comptes, leur assigner des privilèges d'accès et effacer des comptes, ce qui pourrait permettre à un utilisateur de masquer des transactions réalisées.</p> <p>Recommandations La direction devrait réviser l'étendue des privilèges d'accès accordés aux utilisateurs dans les applications GRM et au réseau et limiter le nombre de personnes ayant (« accès à tout ») et/ou pouvant gérer des accès réseau.</p>	2015-16	O	<p>Mise en place d'un processus de demande d'accès à GRM pour permettre de réviser les privilèges des comptes administrateurs et réguliers.</p> <p>Les GRM du CISSSO sont maintenant sous la responsabilité d'une seule personne.</p> <p>Procédure formelle rédigée, en attente d'approbation.</p>		X	
<p>CSSS de Gatineau et CSSS Papineau : Accès du fournisseur Logibec</p> <p>Le fournisseur Logibec a accès en tout temps aux environnements de production des applications GRH, GRM et GRF. L'établissement n'a pas mis en</p>	2015-16	O	Procédure rédigée, en attente d'approbation.		X	

<p>place de mécanismes de détection des activités de son fournisseur de services.</p> <p>Cette situation augmente le risque d'accès non autorisés aux applications financières et peut potentiellement compromettre l'intégrité des données financières. Ceci nuit également à l'imputabilité des changements effectués.</p> <p>Recommandations Nous comprenons que ces comptes sont nécessaires pour des activités de support et d'implantation. Également, que l'accès de Logibec à GRH est nécessaire chaque jour pour des échanges de données et d'informations et que barré le compte de Logibec pour GRH n'est pas une option à cause de contraintes opérationnelles. Cependant, nous recommandons que la direction restreigne les accès à ces comptes du fournisseur pour GRF et GRM jusqu'à ce que les changements doivent être effectués. De plus, les changements effectués par Logibec devraient être journalisés pour minimiser le risque de changements inappropriés aux applications.</p>						
<p><u>CSSS de Gatineau, CSSS des Collines (2013) et CSSS de Papineau (2013)</u> Gestion des accès</p> <p>Procédure de gestion des accès. Il n'existe pas de procédure formelle de gestion des accès aux applications de l'Établissement, concernant la création, la modification, la suppression et la révision des accès et des privilèges. Ainsi, les demandes d'accès aux applications GRF, GRM et GRH ne sont pas systématiquement documentées et conservées. De plus, il n'existe pas de procédure de révision formelle périodique des privilèges d'accès aux utilisateurs pour les applications GRF, GRM et GRH.</p>	<p>2015-16</p>	<p>Collines <input type="radio"/> Papineau et Gatineau <input type="radio"/></p>	<p>Procédure de gestion des accès rédigé, en attente d'approbation.</p> <p>Les GRM du CISSS ont été regroupés sous la responsabilité d'une seule personne.</p>		<p>X</p>	

<p>Enfin, deux (2) comptes utilisateurs GRF et 68 comptes utilisateurs GRM assignés à des employés n'étant plus à l'emploi de l'Établissement, étaient toujours actifs suite aux départs de ces employés.</p> <p>Recommandations Une procédure formelle, documentée et approuvée par la direction devrait être mise en place afin d'encadrer la gestion des accès dans les applications. Toute demande d'accès devrait également être documentée afin de pouvoir faire un suivi des approbations et modifications d'accès aux applications et au réseau. Une procédure de révision périodique des accès devrait être formalisée et mise en place pour les applications. Cette procédure devrait indiquer les tâches à réaliser et à documenter ainsi que la fréquence de la révision des privilèges d'accès par application.</p>						
<p>CSSS de Gatineau : Paramètres de mot de passe</p> <p>L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion des mots de passe.</p> <p>De plus, pour l'application GRM :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La longueur minimum des mots de passe est configurée à 0 caractère. -Le délai d'expiration du mot de passe n'est pas activé. -Le nombre maximal de tentatives pour l'authentification n'est pas activé. -Aucun historique de mot de passe n'est retenu. -La complexité des mots de passe ne peut pas être configurée en raison de limitation de l'application. <p>Recommandations La direction devrait formaliser une procédure de gestion des mots de passe et configurer, lorsque possible, les paramètres de sécurité des applications</p>	2015-16	O	Regroupé avec la recommandation CISSSO 2017	X		

<p>de manière à assurer un bon niveau de sécurité de ses actifs informationnels. La direction devrait également considérer implanter l'authentification unique à partir du LDAP ou revoir la configuration des paramètres de sécurité disponibles dans l'application GRM.</p>					
<p><u>CISSS de Gatineau, CISSS de Papineau et CISSS du Pontiac (2015) :</u> Processus de changements</p> <p>L'établissement ne dispose pas d'une procédure formelle de gestion des changements aux applications et systèmes informatiques.</p> <p>Recommandation Nous recommandons de documenter une procédure de gestion des changements aux applications et systèmes informatiques. Cette procédure devrait être utilisée comme guide pour toute modification aux systèmes de l'établissement (applications des bases de données du réseau ou des systèmes d'exploitation).</p> <p>Cette procédure de gestion des changements devrait aussi couvrir les éléments suivants avec un niveau de détail pondéré en fonction du niveau de risque associé au changement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'officialisation des demandes de projets et de changements; • l'approbation des demandes par le personnel autorisé; • les étapes de développement, si nécessaire; • les tests à réaliser, incluant la documentation de plans de tests et des résultats de tests; • l'approbation des modifications apportées par le personnel autorisé; • le plan de retour en arrière, si applicable; 	<p>2015-16</p>	<p>O</p>	<p>Un diagramme de processus a été établi et une procédure sera développée en 2018-19</p>		<p>X</p>

<ul style="list-style-type: none"> la rétention de la documentation des changements. <p>L'établissement devrait aussi s'assurer que tout changement mis en production est testé et approuvé et que ces tests et approbations sont documentés et conservés.</p>						
<p><u>CSSS du Pontiac :</u> Certains paramètres de mots de passe pour certaines applications ne sont pas configurés en fonction de la directive de gestion des mots de passe de l'établissement.</p>	2014-15	O	Regroupé avec la recommandation CISSSO	X		
<p><u>CSSS des Collines et CSSS de Papineau :</u> Il n'existe pas de procédure formelle de gestion des accès aux applications de l'établissement concernant la création, la modification, la suppression et la révision des accès et des privilèges. Ainsi, les demandes d'accès aux applications GRF, GRM et GRH ne sont pas systématiquement documentées et conservées.</p>	2012-13	Collines C Papineau O	Regroupé avec une autre recommandation	X		
<p><u>CSSS des Collines :</u> La procédure écrite de gestion des mots de passe de l'établissement ne couvre que les mots de passe Windows (réseau) et non ceux des applications financières et autres systèmes, tel qu'exigé selon le cadre global de gestion des actifs informationnels.</p>	2012-13	C	Regroupé avec la recommandation CISSSO	X		
<p><u>CSSS de Papineau :</u> Utilisateurs à hauts privilèges qui semblent excessifs.</p>	2013-14	O	Regroupé avec une autre recommandation.	X		
<p><u>CSSS de Papineau :</u> Accès du fournisseur Logibec</p> <p>Le fournisseur Logibec a accès en tout temps aux environnements de production des applications GRH, GRM et GRF. L'établissement n'a pas mis en place de mécanismes de détection des activités de son fournisseur de services.</p>	2015-16	O	Regroupé avec une autre recommandation	X		

<p>Cette situation augmente le risque d'accès non autorisés aux applications financières et peut potentiellement compromettre l'intégrité des données financières. Ceci nuit également à l'imputabilité des changements effectués.</p> <p>Recommandations Nous comprenons que ces comptes sont nécessaires pour des activités de support et d'implantation. Également, que l'accès de Logibec à GRH est nécessaire chaque jour pour des échanges de données et d'informations et que barrer le compte de Logibec pour GRH n'est pas une option à cause de contraintes opérationnelles. Cependant, nous recommandons que la direction restreigne les accès à ces comptes du fournisseur pour GRF et GRM jusqu'à ce que les changements soient effectués. De plus, les changements effectués par Logibec devraient être journalisés pour minimiser le risque de changements inappropriés aux applications.</p>					
<p><u>CISSS de l'Outaouais</u> Paramètres de mot de passe - Oracle</p> <p>Pour les comptes du fournisseur Logibec gérant les bases de données Oracle supportant les applications Logibec (GRM, GRF et GRH) les paramètres de mot de passes sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la longueur minimum des mots de passe est configurée à 0 caractère; - le délai d'expiration du mot de passe n'est pas activé; - le nombre maximal de tentatives pour l'authentification n'est pas activé; - aucun historique de mot de passe n'est retenu; - la complexité des mots de passe n'est pas configurée. 	<p>2016-17</p>	<p>O</p>	<p>Procédure de gestion des mots de passe rédigée, en attente d'approbation</p> <p>Les GRM du CISSS ont été regroupés sous la responsabilité d'une seule personne</p>	<p>X</p>	

<p>La direction devrait formaliser une procédure de gestion des mots de passe et demander à Logibec de configurer pour ses comptes gérant les bases de données Oracle, lorsque possible, les paramètres de sécurité des bases de données de manière à assurer un bon niveau de sécurité de ses actifs informationnels. Ceux-ci devraient inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une longueur minimum du mot de passe de 8 caractères; - un délai d'expiration du mot de passe d'un maximum de 90 jours; - un nombre maximal de tentatives pour l'authentification de 5; - un historique de mot de passe minimum de 12; - des mots de passe incluant des chiffres et des lettres. 						
<p><u>CISSS de l'Outaouais :</u> Modification des taux de taxes applicables</p> <p>Au cours de notre audit de la période terminée le 31 mars 2018, nous avons noté que le CISSS de l'Outaouais n'a pas mis en place les modifications requises selon la mise à jour MGF-062 du manuel de gestion financière ce qui pourrait avoir pour effet de réclamer des montants de TPS et TVQ erronés selon la nouvelle politique ministérielle.</p> <p>Nous recommandons que les nouveaux taux soient inscrits au système Espresso et appliqués pour effectuer les réclamations.</p>	2017-18	O	L'établissement se conformera aux fins de la détermination des remboursements partiels en TPS et TVQ, en utilisant la méthode proposée dans le guide de référence du MSSS (réf. Nocc-06) dès l'implantation de la base de données financière unifiée en septembre 2018.			X
<p><u>CISSS de l'Outaouais :</u> Pilote de la base de données – Oracle</p> <p>Au moment des tests effectués par Deloitte en avril 2018 au niveau des contrôles informatiques, nous avons noté qu'il n'y avait pas de pilote CISSSO avec l'expérience nécessaire pour extraire l'information de la base de données.</p>	2017-18	O	L'établissement a conclu un contrat avec une firme externe pour la surveillance et l'exploitation des bases de données Oracle d'ici la dotation des deux postes d'analystes informatique – responsable de ces bases de données.			X

<p>Nous vous recommandons de formaliser une procédure de gestion d'accès pilote à la base de données. Cette procédure devrait assurer qu'il y a toujours deux pilotes qualifiés: le premier étant l'administrateur pour la base de données du CISSSO, et un deuxième qui utilise son accès seulement lors de l'absence de l'administrateur. L'utilisation du deuxième compte pilote devrait être documenté pour chaque demande d'accès.</p>						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
<u>CISSS de l'Outaouais:</u>						
Unités de mesure						
<p>Lors de notre audit, nous avons remarqué que plusieurs personnes responsables de compiler les unités de mesure n'avaient pas la version la plus récente du Manuel de gestion financière pour leur centre d'activité ou n'étaient pas au courant de certains détails au sujet des données à compiler pour leur centre d'activité.</p> <p>Nous recommandons que les personnes responsables de compiler les unités de mesure soient informées de toutes les informations nécessaires pour leur centre d'activités.</p>	2015-16	O	<p>Un processus a été mis en place en 2016-2017 pour informer les gestionnaires via leur agent de gestion financière à chaque changement aux circulaires du MSSS.</p> <p>Formation de tous les gestionnaires sur le Manuel de Gestion financière effectuée à l'automne 2017.</p> <p>Note de service envoyée aux gestionnaires le 21 novembre 2017.</p>	X		
<u>CSSS de Gatineau :</u>						
<p>Les méthodes d'enregistrement et de contrôle de l'unité de mesure – l'unité de technique provinciale du sous-centre d'activité 6352 (inhalothérapie — autres) ne permet pas de s'assurer qu'elles sont valables, dû à la complexité de la procédure de compilation et l'unité de mesure B — l'usager n'a pas été compilé.</p>	2008-09	O	<p>Processus de compilation de l'unité A en révision et sera appliqué à partir du 1^{er} avril 2018.</p> <p>L'unité B sera également compilée par tous à partir du 1^{er} avril 2018.</p>		X	

<p>CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau : Électrophysiologie (6710)</p> <p>De nouveau, nous avons constaté l'impossibilité de vérifier l'existence du nombre d'unités comptabilisées pour le test « Holter ». Le nombre de tests effectués pour une période est obtenu à partir d'un logiciel informatique dont les données sont supprimées ultérieurement. Suite à la recommandation faite lors de l'audit intermédiaire, les rapports périodiques produits par ce logiciel sont maintenant imprimés et conservés. De plus, on ne compile pas distinctement les traitements donnés à des patients en isolement ou en salle d'opération, alors que ces tests ont une valeur d'unité technique provinciale supérieure. Nous avons également constaté que l'unité de mesure B), l'usager n'était pas comptabilisé pour ce centre. Puisque les données des tests « Holter » n'étaient pas conservées, il est impossible d'évaluer la quantité d'usagers ayant subi des traitements durant l'exercice.</p>	2013-14	O	Processus révisé rétroactivement au 1 ^{er} avril 2017	X		
<p>CSSS de la Vallée-de- la Gatineau : Consultation externes spécialisés (6302).</p> <p>La méthode de compilation quotidienne pour ce centre cause des erreurs par une utilisation inadéquate des fichiers de compilation ce qui fausse le nombre de visites.</p>	2014-15	O	Compilation effectuée rétroactivement au 1 ^{er} avril 2017	X		
<p>Les unités de mesure du centre d'activités ci-dessous ne sont pas disponibles (page 132 du AS-471) :</p> <p>C/A 6806 - Pharmacie en CLSC Unité de mesure B : L'usager (coût 2015-2016 : 37 107\$)</p>	2015-16	O	Compilation effectuée rétroactivement au 1 ^{er} avril 2017	X		

Les unités de mesure du centre d'activités ci-dessous ne sont pas disponibles (page 132 du AS-471) :						
C/A 7603 - Buanderie-lingerie autres Unité de mesure B : Le jour-présence (coût 2015-2016 : 10 911\$)	2015-16	O	Procédure mise en place en novembre 2017 et comptabilisation rétroactive au 1 ^{er} avril 2017	X		
<u>CISSS de l'Outaouais</u> Les unités de mesure pour le sous-centre d'activités 5922 (Intervention et suivi de crise-santé mentale) n'ont pas été comptabilisées pour les installations de Papineau, Collines, Pontiac ainsi que la Vallée-de-la-Gatineau.	2016-17	O	Processus à réviser en 2018-2019			X
Les unités de mesure du centre d'activités 5950 (Formation donnée par le personnel infirmier) ont été inscrites en fonction d'une estimation et non en fonction des heures réelles de prestations de formation, ce qui pourrait fausser les données statistiques.	2016-17	O	Validation auprès du ministère de l'interprétation de la circulaire C/A 5950. Révision du processus complet de compilation. Mise en place d'un code de paie en avril 2017	X		
Les unités de mesure du centre d'activités 7690 (Transport externe des usagers) étaient sous-évaluées et les unités de mesure du sous-centre d'activités 7401 (Déplacement des usagers) étaient surévaluées puisque durant l'année, les unités des deux sous-centres d'activités ont été imputées dans le 7401.	2016-17	O		X		
Lors de notre audit, nous avons noté que certains gestionnaires ou personnes responsable de la compilation des unités de mesure, n'étaient pas au courant de la description et des instructions par rapport à leur sous-centre d'activités dans le Manuel de gestion financière alors que certains n'étaient même pas au courant qu'ils devaient compiler des unités de mesure.	2016-17	O	Regroupé avec la première recommandation 2016 sur les unités de mesures	X		

<p>6060 (Pontiac) & 6160 (Papineau) Soins inf. personnes en perte d'autonomie et soins d'assistance des personnes en pertes d'autonomies.</p> <p>Nous avons noté lors de notre audit que les absences de plus de 24 heures étaient bien enregistrées dans le logiciel utilisé par les gestionnaires, cependant lorsque les rapports périodiques pour les absences de plus de 24 heures sont générés, ces absences ne s'y retrouvent pas ce qui cause une surévaluation des jours présences.</p> <p>Nous vous recommandons de mettre en place un processus pour s'assurer que les données générées par les rapports périodiques correspondent aux données inclus dans le logiciel utilisé pour compiler les unités de mesure.</p>	2017-18	O	Une analyse sera effectuée avec le ou les gestionnaires en 2018-19.			X
<p>7554 Alimentation (Hôpital de Hull)</p> <p>Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que le centre d'activité prenait les présences uniquement le matin pour les usagers admis et inscrits dans l'hôpital. Puisque ce décompte sert à comptabiliser les unités de mesure pour les repas de la journée entière ceci augmente le risque que les unités de mesure soient surévaluées ou sous-évaluées du nombre d'usagers qui quittent ou sont admis à l'hôpital au courant de la journée.</p> <p>Nous vous recommandons de mettre en place un processus de prise de présence prenant en considération les mouvements d'usagers au cours de la journée afin d'augmenter la précision des unités de mesures.</p>	2017-18	O	Une analyse sera effectuée avec le ou les gestionnaires en 2018-19.			X
<p>7062 - Cancérologie (Hôpital de Gatineau)</p> <p>Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que les gestionnaires du centre d'activités de cancérologie n'étaient pas en mesure</p>	2017-18	O	Une analyse sera effectuée avec le ou les gestionnaires en 2018-19.			X

<p>d'enregistrer adéquatement les unités de mesure de leur centre. Nous avons remarqué que les gestionnaires ont eu à leur dispositions les manuels de gestion tel que recommandé lors de l'audit précédent, cependant, ils n'ont pas été en mesure de les mettre en place le processus de comptabilisation des unités de mesure au courant de l'année 2017-2018.</p> <p>Nous vous recommandons de de faire un suivi avec les gestionnaires de ce centre d'activités afin de s'assurer qu'ils mettent en place des systèmes adéquat qui leur permettront d'enregistrer les unités de mesure adéquatement.</p>						
<p>6307 – Services de santé courant (Shawville)</p> <p>Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que le centre d'activités des services courants comptabilisait les patients se présentant à deux reprises dans une même journée pour le même problème comme visites différentes. Ceci est contraire au manuel de gestion financière qui indique si l'usager se présente deux fois dans la même journée pour un même problème, on ne devrait compter qu'une seule visite si c'est pour la même condition.</p> <p>Nous vous recommandons de mettre en place un processus de révision des unités de mesure enregistrés afin de déceler les exceptions de ce type.</p>	2017-18	O	Une analyse sera effectuée avec le ou les gestionnaires en 2018-19.			X
<p>7703 - Fonctionnement des installations</p> <p>Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que le centre d'activités n'avait pas mis en place un processus pour mesurer le volume en mètre cube cohérent avec le manuel de gestion financière où le mètre cube est calculé en incluant l'épaisseur des planchers. Ceci résulte en une</p>	2017-18	O	Une analyse sera effectuée avec le ou les gestionnaires en 2018-19.			X

<p>sous-estimation non chiffrée du nombre de mètres cube de l'établissement.</p> <p>Nous vous recommandons de mettre en place un processus pour mesurer précisément les mètres cube des différentes installations du CISSS de l'Outaouais.</p>						
<p>Compilation des unités statistiques</p> <p>Nous avons remarqué lors de l'audit sur les unités de mesure que certains centres d'activités comptabilisent leurs statistiques seulement en fin d'année dans le système d'information financière. L'information sur la performance des centres d'activités est donc moins facilement accessible tout au long de l'année et augmente la charge de travail en fin d'année financière et du même coup le risque d'erreur.</p> <p>Nous vous recommandons de comptabiliser les unités statistiques de façon périodique.</p>	2017-18	O	Des réflexions et des discussions ont déjà été entamées avec la Direction des services multidisciplinaires (DSM) afin d'obtenir de façon périodique la totalité des unités de mesure. Des travaux en ce sens devront être entrepris en 2018-2019.			X
<p>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</p>						
<p>Lors de notre audit, nous avons identifié les anomalies dans les informations à fournir.</p> <p>Ainsi qu'exigé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur le rapport financier annuel au 31 mars 2017 n'ont pas été déterminées.</p>	2017-18	R	<p>L'établissement se conforme aux directives du ministère.</p> <p>Cette situation est la même pour tous les établissements du réseau de la santé.</p> <p>Cette recommandation pourra être réglée seulement si le MSSS modifie ces directives.</p>			X

Compte tenu du formulaire prescrit, les frais reportés liés à la dette, d'un montant de 1 335 358 \$ pour l'exercice terminé le 31 mars 2018, ne sont pas présentés en diminution de la dette; ils sont plutôt présentés comme « autres actifs ».	2017-18	O	Cette situation est la même pour tous les établissements du réseau de la santé. Cette recommandation pourra être réglée seulement si le MSSS modifie ces directives.			X
L'état des flux de trésorerie pour l'exercice comparatif n'inclut pas certains éléments de conciliation, les plus importants étant les éléments n'affectant pas la trésorerie au niveau des 1) immobilisations - écart de financement - réforme comptable et 2) remboursement du capital des dettes.	2017-18	O	La correction a été effectuée en 2017-2018 et sera fait de façon prospective.	X		

10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le CISSS de l'Outaouais reconnaît cent cinquante-quatre (154) organismes communautaires. Cent trente-trois (133) d'entre eux reçoivent une contribution financière en support à la mission globale via le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), pour supporter la mission de l'organisme. Le tableau en annexe met en parallèle les subventions accordées aux organismes pour les années 2016-2017 et 2017-2018.

Le CISSS de l'Outaouais s'assure, pour toute subvention allouée à un organisme communautaire dans le cadre du PSOC, de recevoir une copie du rapport d'activités ainsi que le rapport financier de l'organisme. Pour ce faire, le CISSS de l'Outaouais :

- fait parvenir une lettre et joint des documents rappelant les éléments à inclure dans la reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale du PSOC;
- remet un accusé de réception puis un avis de conformité aux organismes communautaires confirmant le respect des éléments obligatoires à remettre pour la reddition de comptes.

Si certains organismes communautaires ne se conforment pas à cette exigence, le CISSS de l'Outaouais débute un processus stipulé dans les trois documents de référence suivants :

- 1) la brochure intitulée Programme de soutien aux organismes communautaires;
- 2) le Cadre de référence de relation et de soutien financier pour les organismes communautaires de l'Outaouais;
- 3) la Convention de soutien financier 2015-2018.

Il avise par écrit la présidence et la direction de l'organisme concerné du non-respect de ses obligations. L'organisme peut, dès lors, être accompagné par le CISSS de l'Outaouais dans le but de rectifier la situation, de remettre les éléments obligatoires pour la reddition de comptes et d'éviter un arrêt du soutien financier.

Il est important de rappeler que les actions se font de concert avec les conseils d'administration et les directions des organismes communautaires. Le CISSS de l'Outaouais partage les gestes et les actions qu'il entreprend avec l'interlocuteur privilégié du milieu communautaire, soit la Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais (TROCAO).

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

PROGRAMME D'AIDE AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DONNÉES COMPARATIVES 2016-2017 ET 2017-2018

	ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2 0 1 6 - 2 0 1 7 ⁵				2 0 1 7 - 2 0 1 8			
		MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL
1.	Académie des retraités de l'Outaouais	33 926 \$	42 483 \$		76 409 \$	46 409 \$	35 554 \$		81 963 \$
2.	Accueil-Parrainage Outaouais						13 849 \$		13 849 \$
3.	Action-Quartiers	62 741 \$			62 741 \$	63 180 \$	16 200 \$		79 380 \$
4.	Adojeune Inc.	422 653 \$		817 \$	423 470 \$	425 611 \$	823 \$		426 434 \$
5.	Aidants unis pour recréer ensemble des soutiens	22 106 \$			22 106 \$	22 261 \$			22 261 \$
6.	Albatros Vallée-de-la-Gatineau (Maniwaki)	3 121 \$	3 067 \$		6 188 \$	6 231 \$			6 231 \$
7.	Alliance alimentaire Papineau	10 730 \$	33 500 \$		44 230 \$	23 005 \$	12 150 \$	20 000 \$	55 155 \$
8.	Antre-Hulloises Inc.	192 072 \$			192 072 \$	193 417 \$			193 417 \$
9.	Arche Agapè Inc.	478 844 \$	57 754 \$		536 598 \$	482 196 \$	66 889 \$		549 085 \$
10.	Association des familles monoparentales et recomposées de l'Outaouais		1 800 \$		1 800 \$		66 800 \$		66 800 \$
11.	Association des femmes immigrantes de l'Outaouais	92 161 \$			92 161 \$	92 806 \$			92 806 \$
12.	Association des neurotraumatisés - Région de l'Outaouais	73 755 \$	140 574 \$		214 328 \$	74 271 \$	140 574 \$		214 845 \$
13.	Association des personnes vivant avec la douleur chronique	83 124 \$			83 124 \$	83 706 \$			83 706 \$
14.	Association pour l'intégration communautaire de la Vallée de la Gatineau "La Lanterne"	90 642 \$	18 261 \$		108 902 \$	91 276 \$	18 261 \$		109 537 \$
15.	Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais	554 546 \$	180 905 \$		735 451 \$	558 428 \$	627 116 \$		1 185 544 \$
16.	Association pour personnes exceptionnelles de Papineau Inc.	58 483 \$	36 069 \$		94 552 \$	58 892 \$	36 069 \$		94 961 \$
17.	Association pour Personnes Handicapées de Papineau	63 543 \$	100 448 \$		163 992 \$	63 988 \$	303 102 \$	77 500 \$	444 590 \$
18.	Association Répit Communautaire	105 948 \$	47 018 \$		152 966 \$	106 690 \$	168 344 \$	10 000 \$	285 034 \$
19.	Atelier de formation socioprofessionnelle de la Petite Nation	154 149 \$	84 424 \$		238 573 \$	155 228 \$	84 424 \$		239 652 \$
20.	Avenue des Jeunes	655 365 \$			655 365 \$	659 953 \$			659 953 \$
21.	Banque Alimentaire de la Petite Nation	53 607 \$			53 607 \$	53 982 \$			53 982 \$
22.	Bouffe-Pontiac	63 590 \$	20 000 \$		83 590 \$	64 035 \$	1 214 \$	20 000 \$	85 249 \$
23.	Bureau régional d'action SIDA (Outaouais)	495 817 \$		128 938 \$	624 755 \$	499 288 \$	120 000 \$		619 288 \$
24.	C.A.D.O. Centre d'apprentissage pour la déficience-intellectuelle de l'Outaouais	174 871 \$	131 355 \$		306 226 \$	176 095 \$	291 342 \$		467 438 \$
25.	C.A.P. Santé Outaouais (Centre d'activités promotionnelles)	198 530 \$			198 530 \$	199 920 \$			199 920 \$

⁵ L'écart entre les données produites pour le rapport annuel 2016-2017 s'explique par l'inclusion des ententes de service conclues entre les directions cliniques et les organismes communautaires. Nous avons choisi de les inclure au portrait cette année.

		2 0 1 6 - 2 0 1 7 ⁵				2 0 1 7 - 2 0 1 8			
	ORGANISME COMMUNAUTAIRE	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL
26.	Campus 3	191 635 \$	26 178 \$	334 774 \$	552 587 \$	195 865 \$	219 338 \$	337 117 \$	752 320 \$
27.	Centre alimentaire Aylmer	80 118 \$	10 000 \$		90 118 \$	90 679 \$	15 000 \$		105 679 \$
28.	Centre d'action bénévole "A C C E S"	112 578 \$	22 150 \$	56 264 \$	190 992 \$	135 671 \$	56 658 \$		192 329 \$
29.	Centre d'action bénévole de Hull	136 239 \$	54 660 \$		190 900 \$	192 235 \$			192 235 \$
30.	Centre d'action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre	158 473 \$	79 828 \$		238 301 \$	240 623 \$			240 623 \$
31.	Centre d'activités préscolaires et familiales								
32.	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Vallée-de-la-Gatineau	111 605 \$			111 605 \$	112 386 \$			112 386 \$
33.	Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles-Outaouais	335 486 \$			335 486 \$	337 834 \$			337 834 \$
34.	Centre de rencontre Arc-en-Ciel Itée	12 000 \$			12 000 \$	12 000 \$			12 000 \$
35.	Centre de ressources Connexions	72 742 \$	99 927 \$		172 669 \$	73 251 \$	99 927 \$		173 178 \$
36.	Centre d'entraide aux aînés	140 897 \$	49 503 \$		190 400 \$	191 733 \$			191 733 \$
37.	Centre des jeunes de Wakefield	65 540 \$			65 540 \$	65 999 \$			65 999 \$
38.	Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais (Clinique des femmes de l'Outaouais)	987 216 \$			987 216 \$	994 127 \$			994 127 \$
39.	Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille	306 633 \$			306 633 \$	308 779 \$	19 600 \$		328 379 \$
40.	Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais	254 456 \$	34 373 \$	876 \$	289 705 \$	256 237 \$	25 882 \$		282 119 \$
41.	Centre Inter-Section	532 534 \$			532 534 \$	536 262 \$			536 262 \$
42.	Centre Intervalle Pontiac	261 767 \$	82 730 \$		344 497 \$	263 599 \$	82 730 \$		346 329 \$
43.	Centre Jean Bosco de Maniwaki Inc.	192 097 \$	128 035 \$		320 132 \$	193 442 \$	174 435 \$		367 877 \$
44.	Centre Kogaluk	77 281 \$			77 281 \$	77 822 \$			77 822 \$
45.	Centre Serge Béclair	64 071 \$	90 094 \$		154 165 \$	74 519 \$	365 141 \$		439 661 \$
46.	Club d'âge d'or Monseigneur Martel de L'île-du-Grand-Calumet	5 363 \$	5 982 \$		11 345 \$	11 599 \$			11 599 \$
47.	Club de l'âge d'or de Fort-Coulonge, Québec	23 230 \$	1 769 \$		24 999 \$	24 999 \$			24 999 \$
48.	Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais								
49.	Comité de transport bénévole de l'Ouest du Pontiac et de Rapides-des-Joachims	34 034 \$			34 034 \$	34 272 \$			34 272 \$
50.	Comité de Transport bénévole d'Otter Lake	16 501 \$			16 501 \$	16 617 \$			16 617 \$
51.	Comité régional Troisième Âge Papineau	147 137 \$	26 525 \$		173 661 \$	174 878 \$			174 878 \$
52.	Comité Solidarité Gatineau-Ouest		1 500 \$		1 500 \$		1 500 \$		1 500 \$
53.	Comptoir St-Pierre de Fort-Coulonge Inc.	11 123 \$			11 123 \$	23 201 \$			23 201 \$
54.	Donne-toi une chance	252 908 \$	48 003 \$		300 911 \$	264 678 \$	66 347 \$		331 025 \$
55.	Droits-Accès de l'Outaouais	233 661 \$			233 661 \$	235 297 \$			235 297 \$
56.	Entraide familiale de l'Outaouais Inc.	111 570 \$			111 570 \$	112 351 \$			112 351 \$
57.	Entraide-Deuil de l'Outaouais	73 898 \$			73 898 \$	74 415 \$			74 415 \$
58.	Entre deux roues	10 730 \$	157 254 \$		167 984 \$	46 005 \$	157 254 \$		203 259 \$
59.	Épilepsie Outaouais Inc.	74 960 \$			74 960 \$	75 485 \$			75 485 \$

	ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2 0 1 6 - 2 0 1 7 ⁵				2 0 1 7 - 2 0 1 8			
		MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL
60.	Espace Outaouais Inc.	181 631 \$			181 631 \$	182 902 \$			182 902 \$
61.	Familles d'Abord								
62.	Grenier d'apprentissage Jacques L. Charbonneau	23 963 \$	34 034 \$		57 997 \$	24 131 \$	34 034 \$		58 165 \$
63.	Groupe Communautaire Deschênes	65 574 \$			65 574 \$	66 033 \$			66 033 \$
64.	Groupe d'entraide et de solidarité sociale pour hommes du Pontiac		137 037 \$		137 037 \$	46 000 \$	97 414 \$		143 414 \$
65.	Groupe Entre Femmes de l'Outaouais	35 037 \$			35 037 \$	35 037 \$			35 037 \$
66.	Halte-Femme Haute-Gatineau	599 583 \$			599 583 \$	603 780 \$	6 000 \$		609 780 \$
67.	Jeunesse Idem		10 000 \$		10 000 \$	46 000 \$			46 000 \$
68.	Jeunesse sans Frontières de la Vallée de la Gatineau	95 000 \$		4 978 \$	99 978 \$	95 665 \$			95 665 \$
69.	Journal Le PORTAIL de l'Outaouais			18 561 \$	18 561 \$	46 000 \$			46 000 \$
70.	La Maison Alonzo Wright	13 447 \$			13 447 \$	23 541 \$			23 541 \$
71.	La Maison des Collines		15 000 \$		15 000 \$		15 000 \$		15 000 \$
72.	La Maison Unies-Vers-Femmes	697 237 \$			697 237 \$	702 118 \$			702 118 \$
73.	La mie de l'entraide	53 444 \$			53 444 \$	53 818 \$			53 818 \$
74.	La Pointe aux jeunes Inc.	149 261 \$			149 261 \$	150 306 \$	20 000 \$		170 306 \$
75.	La Soupière de l'Amitié de Gatineau Inc.	115 083 \$			115 083 \$	115 889 \$	5 569 \$		121 458 \$
76.	La source des jeunes	73 185 \$			73 185 \$	73 697 \$			73 697 \$
77.	L'Alternative Outaouais	449 107 \$			449 107 \$	462 251 \$			462 251 \$
78.	L'Amicale des personnes handicapées physiques de l'Outaouais	104 038 \$	56 288 \$		160 326 \$	104 766 \$	56 289 \$		161 055 \$
79.	L'Apogée Association pour parents et amis de la personne ayant un problème de santé mentale	301 350 \$			301 350 \$	303 459 \$			303 459 \$
80.	L'Association de l'ouïe de l'Outaouais	65 214 \$	29 641 \$		94 856 \$	65 670 \$	30 941 \$		96 611 \$
81.	L'Association pour enfants ayant des troubles d'apprentissage (Chapitre de l'Outaouais)	54 337 \$			54 337 \$	54 717 \$	3 700 \$		58 417 \$
82.	L'Association pour la prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme chez les femmes de l'Outaouais	54 561 \$	397 \$		54 958 \$	54 943 \$	400 \$		55 343 \$
83.	L'Autre chez soi Inc.	662 199 \$			662 199 \$	666 834 \$			666 834 \$
84.	Le Boulev'art de la Vallée	627 312 \$	197 248 \$		824 560 \$	631 703 \$	197 249 \$		828 952 \$
85.	Le Centre Actu-Elle	191 912 \$			191 912 \$	193 255 \$			193 255 \$
86.	Le Centre d'action bénévole de Gatineau	163 515 \$	27 845 \$		191 360 \$	192 700 \$			192 700 \$
87.	Le Centre d'aide 24/7		725 386 \$		725 386 \$		1 061 311 \$		1 061 311 \$
88.	Le Centre d'entraide des aînés de Buckingham	24 736 \$			24 736 \$	24 909 \$	10 000 \$		34 909 \$
89.	Le Centre d'entraide La Destinée	190 633 \$			190 633 \$	191 967 \$			191 967 \$
90.	Le Centre Mechtilde	727 766 \$			727 766 \$	732 860 \$			732 860 \$
91.	Le Gîte Ami	577 594 \$	111 171 \$	0 \$	688 765 \$	621 637 \$	111 171 \$		732 808 \$
92.	Le Grenier des Collines	63 048 \$			63 048 \$	63 489 \$	1 213 \$		64 702 \$
93.	Le Jardin éducatif du Pontiac	68 595 \$			68 595 \$	69 075 \$			69 075 \$

	ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2 0 1 6 - 2 0 1 7 ⁵				2 0 1 7 - 2 0 1 8			
		MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL
94.	Le Mashado	170 144 \$		267 \$	170 411 \$	171 334 \$	269 \$		171 603 \$
95.	Le Mont d'Or	58 464 \$	31 377 \$		89 841 \$	90 470 \$			90 470 \$
96.	L'Entourelle	662 199 \$			662 199 \$	666 834 \$			666 834 \$
97.	L'entraide de la Vallée	91 851 \$			91 851 \$	92 494 \$	1 213 \$		93 707 \$
98.	L'Envol S. R. T. Service de retour au travail	76 071 \$			76 071 \$	76 603 \$	175 000 \$		251 603 \$
99.	L'Équipe des bénévoles de la Haute-Gatineau	78 650 \$	44 986 \$		123 636 \$	124 501 \$			124 501 \$
100.	Les ami(e)s du manoir St-Joseph	40 018 \$	8 454 \$		48 472 \$	48 811 \$	36 000 \$		84 811 \$
101.	Les enfants de l'espoir		10 475 \$		10 475 \$		2 400 \$	7 625 \$	10 025 \$
102.	Les Grands-Frères et Grandes-Sœurs de l'Outaouais Inc.	32 139 \$			32 139 \$	46 364 \$			46 364 \$
103.	Les Habitations Nouveau Départ	266 999 \$	40 000 \$		306 999 \$	268 868 \$	40 000 \$		308 868 \$
104.	Les Habitations partagées de l'Outaouais Inc.	110 289 \$	23 720 \$		134 009 \$	134 947 \$			134 947 \$
105.	Les Maisons des jeunes du Pontiac	237 295 \$			237 295 \$	238 956 \$			238 956 \$
106.	Les Œuvres Isidore Ostiguy	68 975 \$			68 975 \$	69 458 \$	5 569 \$		75 027 \$
107.	L'Impact - Rivière Gatineau	177 867 \$	11 000 \$		188 867 \$	189 227 \$	6 000 \$		195 227 \$
108.	Logement intégré de Hull Inc.	516 046 \$	362 491 \$		878 537 \$	884 687 \$			884 687 \$
109.	M-Ado jeunes	162 609 \$	10 000 \$		172 609 \$	163 747 \$			163 747 \$
110.	Maison amitié de la Haute-Gatineau	359 025 \$	73 571 \$		432 596 \$	361 538 \$	73 571 \$		435 109 \$
111.	Maison communautaire Daniel-Johnson	76 261 \$	1 728 \$		77 989 \$	76 795 \$	1 037 \$	7 375 \$	85 207 \$
112.	Maison d'accueil Mutchmore					46 000 \$	16 200 \$		62 200 \$
113.	Maison de jeunes Val-Jeunesse	73 185 \$			73 185 \$	73 697 \$			73 697 \$
114.	Maison de la famille de Gatineau								
115.	Maison de la famille de Quyon		1 500 \$		1 500 \$		21 500 \$		21 500 \$
116.	Maison de la famille du Pontiac		1 500 \$		1 500 \$		1 500 \$		1 500 \$
117.	Maison de la famille l'Étincelle			28 133 \$	28 133 \$		1 500 \$	28 330 \$	29 830 \$
118.	Maison de la famille Petite-Nation								
119.	Maison de la famille Vallée-de-la-Gatineau		21 800 \$		21 800 \$		13 758 \$	20 000 \$	33 758 \$
120.	Maison de la famille Vallée-de-la-Lièvre		6 200 \$		6 200 \$		6 200 \$		6 200 \$
121.	Maison de l'Amitié de Hull	62 015 \$	1 100 \$		63 115 \$	62 449 \$	625 \$		63 074 \$
122.	Maison de Quartier Notre-Dame		10 000 \$		10 000 \$	46 000 \$		10 000 \$	56 000 \$
123.	Maison d'Hébergement Pour Elles Des Deux Vallées	662 199 \$			662 199 \$	666 834 \$		4 904 \$	671 738 \$
124.	Maison le Ricochet	554 766 \$	93 281 \$		648 047 \$	558 649 \$	253 956 \$		812 605 \$
125.	Maison Libère-Elles	662 210 \$			662 210 \$	666 845 \$	6 000 \$		672 845 \$
126.	Maison Mathieu Froment-Savoie (1997) Inc.	708 158 \$	168 105 \$		876 263 \$	713 115 \$	169 282 \$		882 397 \$
127.	Maison-Réalité Inc.	768 452 \$	55 845 \$		824 297 \$	773 831 \$	90 845 \$		864 676 \$
128.	Mani-Jeunes Inc.	135 630 \$		5 290 \$	140 920 \$	136 579 \$	314 \$		136 893 \$
129.	Manne de l'Île	125 195 \$			125 195 \$	126 071 \$			126 071 \$
130.	Moisson Outaouais	106 396 \$			106 396 \$	107 141 \$			107 141 \$
131.	Mon Chez-Nous Inc.	142 487 \$			142 487 \$	143 484 \$			143 484 \$
132.	Naissance-Renaissance Outaouais	122 611 \$			122 611 \$	123 469 \$	23 750 \$		147 219 \$

	ORGANISME COMMUNAUTAIRE	2 0 1 6 - 2 0 1 7 ⁵				2 0 1 7 - 2 0 1 8			
		MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL
133.	Patro de Fort-Coulonge - Mansfield	41 077 \$	1 500 \$	297 \$	42 874 \$		42 876 \$		42 876 \$
134.	Prévention C.É.S.A.R. Petite-Nation	308 997 \$	13 500 \$	277 \$	322 774 \$	311 160 \$	6 279 \$		317 439 \$
135.	Regroupement des clubs d'âge d'or de la Vallée-de-la-Gatineau	126 818 \$	8 027 \$		134 845 \$	135 789 \$			135 789 \$
136.	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO)	23 784 \$			23 784 \$	23 950 \$			23 950 \$
137.	Réseau Outaouais ISP								
138.	Résidence Le Monarque		412 896 \$		412 896 \$		415 786 \$		415 786 \$
139.	S.O.S. Contact AI-To Inc.	65 491 \$		452 \$	65 943 \$	65 949 \$	455 \$		66 404 \$
140.	SAGA Jeunesse	110 008 \$			110 008 \$	110 778 \$			110 778 \$
141.	Salon des jeunes de Thurso	60 473 \$			60 473 \$	60 896 \$	1 000 \$	1 579 \$	63 475 \$
142.	Service régional d'interprétation visuelle de l'Outaouais	87 478 \$	116 091 \$		203 569 \$	88 090 \$	116 091 \$		204 181 \$
143.	Société Alzheimer Outaouais	495 036 \$	41 252 \$	108 206 \$	644 494 \$	540 042 \$	31 934 \$	121 863 \$	693 839 \$
144.	Société canadienne de la sclérose en plaques, section Outaouais	28 727 \$	94 133 \$		122 860 \$	28 928 \$	26 150 \$		55 078 \$
145.	Soupe populaire de Hull Inc.	202 466 \$	21 093 \$		223 559 \$	213 883 \$	56 093 \$		269 976 \$
146.	Suicide Détour	119 653 \$			119 653 \$	120 491 \$			120 491 \$
147.	Table autonome des aînés des Collines		13 500 \$		13 500 \$	23 000 \$	29 500 \$		52 500 \$
148.	Table de concertation des aînés et retraités de l'Outaouais (TCARO)		4 950 \$		4 950 \$				
149.	Table de concertation sur la faim et le développement social de l'Outaouais						35 000 \$	135 000 \$	170 000 \$
150.	Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais	110 278 \$	1 944 \$	3 896 \$	116 118 \$	116 050 \$			116 050 \$
151.	Tel-Aide Outaouais	128 630 \$			128 630 \$	129 530 \$			129 530 \$
152.	Trait d'Union Outaouais Inc.	597 747 \$	278 339 \$		876 086 \$	601 931 \$	303 735 \$		905 666 \$
153.	Transport de l'âge d'or de Campbell's Bay Inc.	12 913 \$	7 713 \$		20 627 \$	20 770 \$			20 770 \$
154.	Voix et Solidarité des Aidants Naturels de la Vallée de la Gatineau					22 385 \$	13 000 \$		35 385 \$

TOTAUX 25 488 949 \$ 5 152 288 \$ 692 025 \$ **31 333 262 \$⁶** 26 910 311 \$ 6 961 202 \$ 801 293 \$ **34 672 806 \$**

⁶ L'écart entre les données produites pour le rapport annuel 2016-2017 s'explique par l'inclusion des ententes de service conclues entre les directions cliniques et les organismes communautaires. Nous avons choisi de les inclure au portrait cette année.

**CODE D'ÉTHIQUE
ET DE DÉONTOLOGIE
DES MEMBRES DU
CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU CISSS DE L'OUTAOUAIS**

Émis par : Conseil d'administration

Adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016

En vigueur le 28 janvier 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	121
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	122
1. Objectifs généraux	122
2. Fondement légal.....	122
3. Définitions.....	122
4. Champ d'application	124
5. Disposition finale	124
6. Diffusion.....	124
7. Principes d'éthique.....	125
8. Règles de déontologie.....	125
Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS	128
Section 4 – APPLICATION	130
16 Adhésion au Code d'éthique et de déontologie.....	130
17 Comité de gouvernance et d'éthique	130
18 Comité d'examen <i>ad hoc</i>	131
19 Processus disciplinaire.....	131
20 Notion d'indépendance.....	132
21 Obligations en fin du mandat.....	133
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	136
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	137
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	138
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts	139
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	140
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	141

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux 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 prémisses d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration :

- 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 membres du conseil d'administration 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 membres du conseil d'administration 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 membres du conseil d'administration 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 lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré 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.

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

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 de nature matérielle, financière, émotionnelle, 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 : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances⁷.

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

⁷ 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.

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 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.

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 membre du conseil d'administration 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 assure la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

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 membre du conseil d'administration 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 les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, 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 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.

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 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 y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 – APPLICATION

16 Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

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 soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 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 soixante 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 membres du conseil d'administration 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.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi, il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du 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. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes 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 conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

19 Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) un état des faits reprochés;
- b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
- c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
- d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

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

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

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

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

19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, 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

Siège social du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
8, avenue Gatineau, Gatineau
Québec J8T 4J3

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016, 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 CISSS de l'Outaouais

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 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 membres du conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais 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, _____ [*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 Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais 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 Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, 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, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, 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 de membre du conseil d'administration 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 CISSS de l'Outaouais.
- J'agis à titre de membre du conseil d'administration 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 CISSS de l'Outaouais [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié 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 membres du conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais 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 Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, 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, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, 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 de membre du conseil d'administration 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 CISSS de l'Outaouais.
- J'agis à titre de membre du conseil d'administration 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 CISSS de l'Outaouais [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié 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 membres du conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais 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, _____, 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, _____, 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

