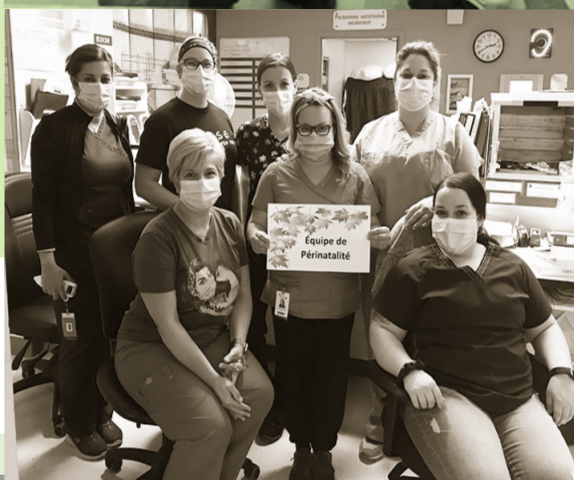




Centre intégré de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2020-2021



1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS



Michel Roy
Président du Conseil
d'administration

La pandémie de la COVID-19 a atteint le territoire québécois en mars 2020 et le CISSS de l'Outaouais a été au cœur de cette grande tempête qui a secoué profondément les habitudes de vie et le quotidien de tous. Ce rapport annuel de gestion qui couvre la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021 est largement teinté par cette réalité.

En tout premier lieu, il convient de rappeler le coût humain associé à la COVID-19. Au 31 mars 2021, plus de 14 000 personnes avaient été infectées, et nous déplorons le décès de 173 personnes en Outaouais.

Le conseil d'administration et la haute direction du CISSS de l'Outaouais tiennent à témoigner leurs plus sincères condoléances aux familles touchées par un décès. De même, nous sympathisons avec toutes ces personnes infectées par le virus et dont certains doivent encore aujourd'hui en vivre les conséquences. Cette pandémie a eu un impact immense sur l'organisation de nos soins et services. Les équipes cliniques et de soutien ont dû mettre en place des services adaptés avec célérité et efficacité, afin de répondre à l'urgence de la situation : cliniques de dépistage, unités de traitement de la COVID-19, délestage de plusieurs activités pour pouvoir faire face à la demande accrue, gestion des équipements de protection individuelle, organisation d'une campagne de vaccination massive, etc. Tous les travailleurs, les professionnels, les gestionnaires, les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes, les stagiaires et les bénévoles, de même que les anciens retraités ou les gens provenant d'autres secteurs qui sont venus prêter main forte, ont contribué à la lutte contre la pandémie en démontrant une capacité d'adaptation et une bienveillance exceptionnelles. Le conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais reconnaît que le degré des efforts demandés a été extrêmement élevé et qu'il n'a pas été facile d'y répondre. Nous tenons à exprimer à tous notre plus profonde reconnaissance. Cette épreuve a mis en lumière de façon éloquente les grandes qualités humaines de la population de l'Outaouais.

Les derniers mois de l'année 2020-2021 ont été marqués par la campagne de vaccination qui a atteint un rythme inégalé et qui est porteuse d'espoir. C'est notre meilleur outil pour sauver des vies et pour recouvrer graduellement notre « normalité ». Nous encourageons fortement tous les citoyens à en profiter.

La pandémie de la COVID-19 a aussi exacerbé un défi que nous vivons depuis plusieurs années, soit la rareté de la main-d'œuvre. Les enjeux sont réels, et ce, dans tous nos secteurs. Les prochains mois et les prochaines années seront déterminants puisqu'il faudra faire preuve d'innovation pour relever ce défi. Des discussions constructives sont d'ailleurs en cours avec les maisons d'enseignement supérieur de l'Outaouais pour combiner nos efforts et planifier une réponse adéquate aux besoins actuels et futurs en santé et services sociaux. Il importe également, pour le bien de tous, de faire valoir les nombreux éléments positifs d'une carrière en santé et services sociaux en Outaouais et de



Josée Filion
Présidente-directrice générale

démontrer notre reconnaissance. Tous ensemble, prenons soin à notre tour des « héros du CISSSO ! ».

Un formidable projet d'avenir a été officiellement annoncé dans la dernière année, soit la construction d'un nouvel hôpital de 600 lits en Outaouais. Le projet qui a déjà le vent dans les voiles permettra d'améliorer les services pour l'ensemble de notre population et aura un effet bénéfique sur le recrutement de la main-d'œuvre. Nous sommes également convaincus qu'il apportera une nouvelle fierté pour nos travailleurs et pour la population. De nombreuses étapes doivent encore être franchies au cours des prochaines années avant d'y accueillir les premiers usagers, mais celles-ci sont primordiales, car elles nous permettront de construire un hôpital qui répondra aux besoins de notre population.

En terminant, nous souhaitons remercier nos partenaires qui ont su s'adapter à une situation complexe en constante évolution afin de continuer à desservir le mieux possible notre population : organismes, conseils professionnels, associations et regroupements du réseau, syndicats et fondations. Nous nous en voudrions de ne pas dédier le mot de la fin à notre population, cette dernière est notre raison d'être et notre motivation quotidienne.

Bonne lecture!

Le président du conseil d'administration,

La présidente-directrice générale,

Table des matières

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS.....	2
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	7
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	8
3.1 L'établissement	8
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives.....	13
3.3 Les faits saillants.....	15
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	27
5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	31
5.1 L'agrément.....	31
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services	32
5.3 Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission	55
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits	55
5.5 L'information et la consultation de la population.....	56
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	58
7. LES RESSOURCES HUMAINES	61
7.1 Les ressources humaines du CISSS de l'Outaouais.....	61
7.2 La gestion et contrôle des effectifs pour le CISSS de l'Outaouais	62
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES	63
8.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	63
8.2 L'équilibre budgétaire	64
8.3 Les contrats de service	64
9. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	65
10. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	67
11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES.....	73
12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	74
ANNEXE – Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	79

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACSI	Assistant chef au supérieur immédiat	CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
ADT	Admission-Départ-Transfert	CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation
AGF	Agent de gestion financière	CSDEPJ	Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse
AMM	Aide médicale à mourir	CSF	Conseil des sages-femmes
ARIA	Système d'information pour l'oncologie	CSPI	Comité stratégique en prévention des infections
CAR	Concertation d'acteurs régionaux	CU	Comité des usagers
CCEC	Comité de coordination d'éthique clinique	CUCI	Comité des usagers du Centre intégré
CDD	Clinique de dépistage désignée	CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
CDTC	Comités du diagnostic et du traitement du cancer	DBA	Database administrator (administrateur de la base de données)
CER	Comité d'éthique de la recherche	DDR	Direction de la déficience et réadaptation
CGRI	Comité de gestion des risques stratégique	DERUR	Direction de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche
CH	Centre hospitalier	DI	Déficience intellectuelle
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	DJ	Direction des programmes jeunesse
CII	Conseil des infirmières et infirmiers	DP	Déficience physique
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	DQEPE	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
CLSC	Centre local de services communautaires	DRF	Direction des ressources financières
CM	Conseil multidisciplinaire	DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	DRMG	Département régional de médecine générale
CPA	Comptable professionnel agréé	DSAPA	Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées
CPO	Coopérative des paramédics de l'Outaouais	DSI	Direction des soins infirmiers
CPQS	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	DSMC	Direction des services multidisciplinaires et à la communauté
CR	Centre de réadaptation	DSMD	Direction des programmes santé mentale et dépendance
CRD	Centre de réadaptation en dépendance	DSPPC	Direction des services professionnels et de la pertinence clinique
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	DSPu	Direction de la santé publique
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique	DSQ	Dossier santé Québec
CRDS	Centre de répartition des demandes de services	DSTL	Direction des services techniques et de la logistique

DTBI	Direction des technologies biomédicales et de l'information	OSBL	Organisme sans but lucratif
EGI	Entente de gestion et d'imputabilité	PACQ	Plan d'amélioration continue de la qualité
ENA	Environnement numérique d'apprentissage	PCI	Prévention et contrôle des infections
ÉPI	Équipement de protection individuelle	PMO	Planification de la main-d'oeuvre
ETC	Équivalent temps complet	PRN	Médicament prescrit au besoin
GIC	Gestion des interventions chirurgicales	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
GMF	Groupe de médecine familiale	PTI	Plan thérapeutique infirmier
GMF-U	Groupe de médecine familiale universitaire	RI	Ressource intermédiaire
GRF	Gestion des ressources financières	RLRQ	Recueil des Lois et des Règlements du Québec
GRH	Gestion des ressources humaines	RLS	Réseau local de services
GRM	Gestion des ressources matérielles	RNI	Ressource non institutionnelle
I-CLSC	Système pour la gestion de l'information clinique et administrative en CLSC	RPA	Résidence privée pour aînés
LDAP	Protocole donnant accès aux informations conservées d'un réseau	RTF	Ressource de type familial
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse	SAD	Soins à domicile
LPRG	Application Web utilisée pour les rapports financiers des organismes gouvernementaux québécois	SCT	Secrétariat du Conseil du trésor
LSIPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents	SICHELD	Système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux	SIMAAA	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
MGF	Manuel de gestion financière	SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
MO 365	Suite bureautique Microsoft 365	SPC	Sédation palliative continue
MRC	Municipalité régionale de comté	TROCAO	Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux	TSA	Trouble du spectre de l'autisme
NIM	Niveau d'intervention médicale	UDM	Unité de mesure
GMF	Groupe de médecine familiale	UMF	Unité de médecine familiale
OC	Ordonnance collective	VPN	Virtual private network
OMEGA	Programme de formation pour le développement des habiletés en gestion de la violence		

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

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

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus pour assurer la qualité des données.

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2020-2021 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;
- exposent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2021.

La présidente-directrice générale,

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 401 388 habitants en 2020*. Si la tendance se maintient, l'accroissement de la population entre 2019 et 2036 devrait être plus élevé en Outaouais (14 %) qu'au Québec (10 %).

La superficie du territoire est de 33 456 km² et la densité de population est très variable selon les municipalités régionales de comté (MRC). La zone urbaine représente 66 % de la population et est concentrée sur 1 % du territoire alors que les zones semi-urbaines représentent 24 % de la population et occupent 15 % de celui-ci. Les zones rurales représentent quant à elles 10 % de la population et occupent 84 % de la région. Par ailleurs, on ne peut faire fi du fait que l'Outaouais partage une frontière sur 330 km avec la région de l'Est de l'Ontario. Concrètement, cela signifie que plus de 50 000 résidents des deux régions traversent quotidiennement la rivière des Outaouais par les ponts qui séparent la ville de Gatineau de la ville d'Ottawa.

Enfin, le CISSS de l'Outaouais compte plus de 11 000 employés et plus de 600 médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes répartis dans une soixantaine d'installations. Son budget 2020-2021 était de 962 millions de dollars en fonds d'exploitation.

La mission du CISSS de l'Outaouais

Le CISSS 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.

**Données démographiques du Ministère de l'Économie et de l'Innovation du Québec*

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.

Professionalisme

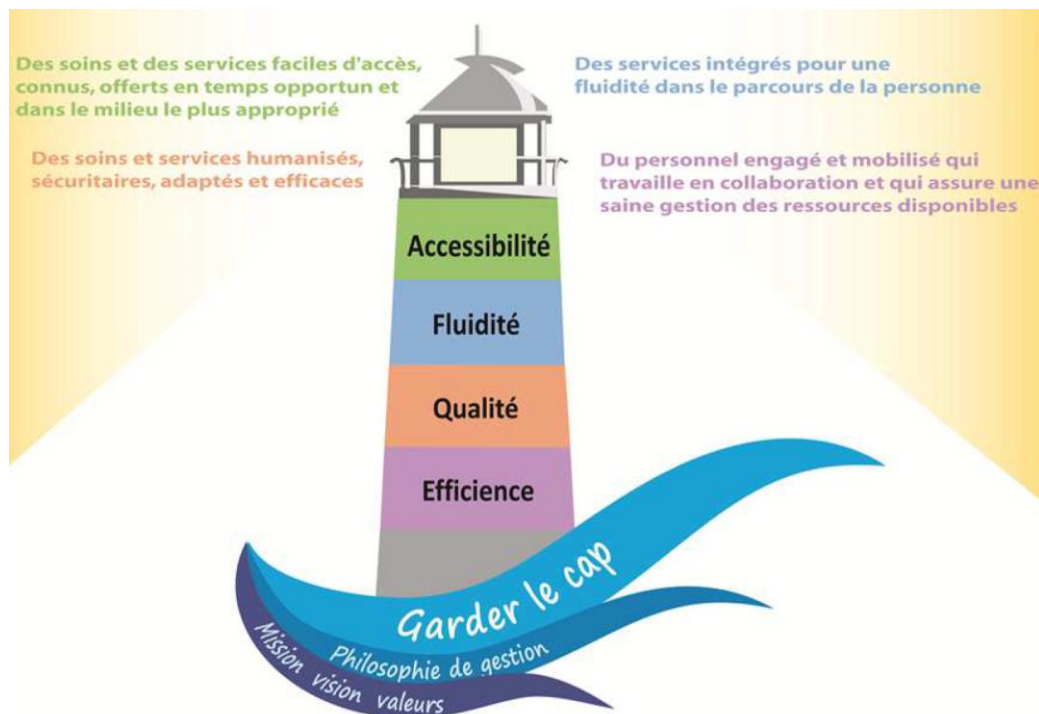
Au CISSS de l'Outaouais, nous développons et mettons à contribution toutes nos compétences et nos expertises dans la réalisation de notre mission. Nous agissons avec rigueur, courage et efficience.

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.



Les principaux services offerts

Centre local de services communautaires (CLSC)

Services de première ligne de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, ainsi que des activités de santé publique.

Centre hospitalier

Services diagnostiques ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés.

Centre d'hébergement et de soins de longue durée

Services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance;

Services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie.

Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

Services de nature psychosociale, dont les services d'urgence sociale, pour les jeunes dont la situation le requiert en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA);

Services en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise pour la garde d'enfants, d'adoption et de la recherche des antécédents biologiques.

Centre de réadaptation

Services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, ont besoin de soutien;

Services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

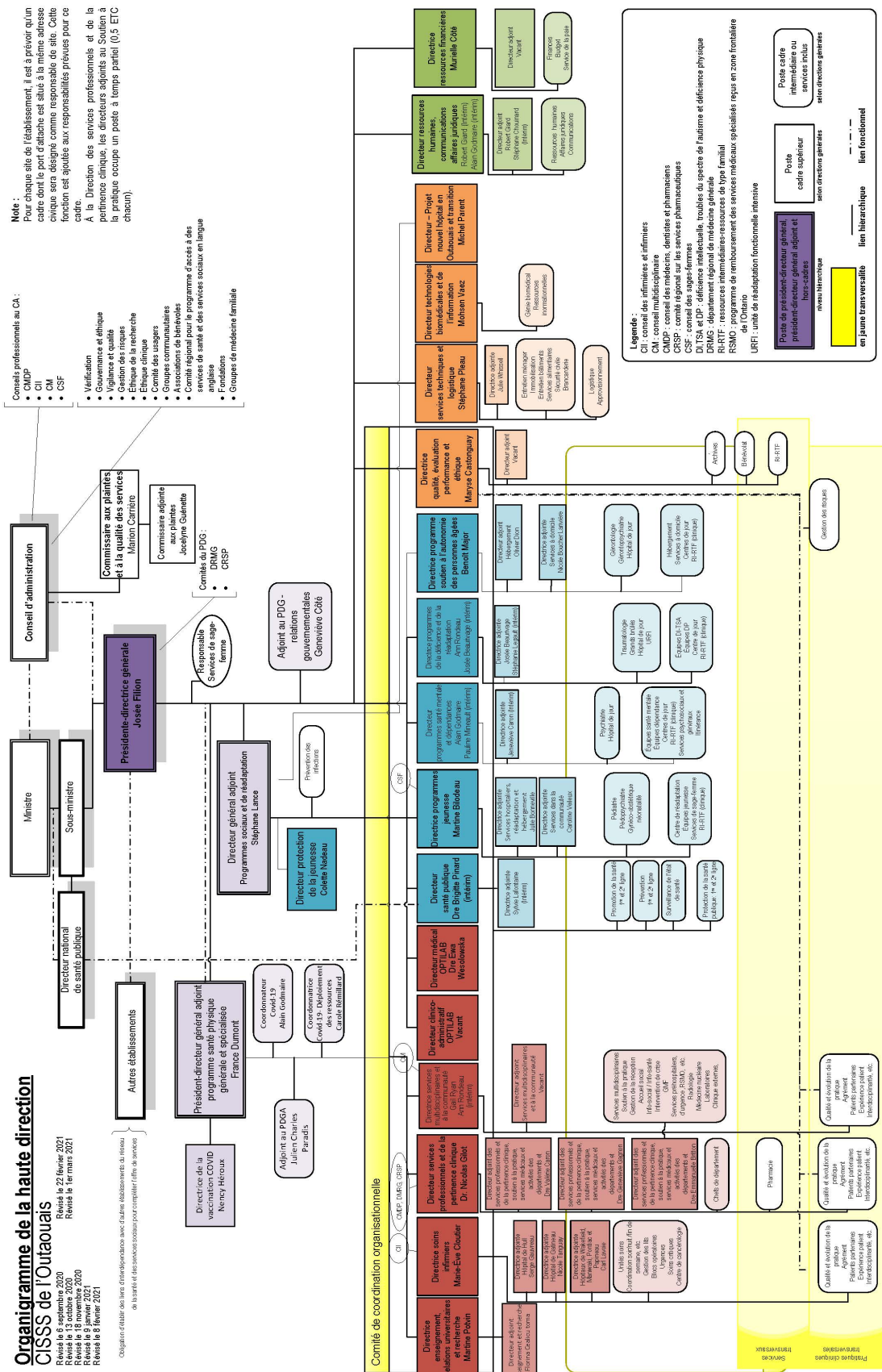
La désignation de centre affilié universitaire et les installations visées par ces désignations

Le CISSS de l'Outaouais détient une affiliation avec l'Université McGill, dans le développement de l'enseignement et de la recherche en sciences de la santé et des services sociaux depuis 1988, année de l'ouverture de l'unité de médecine familiale (UMF). En septembre 2020, un jalon important a été posé avec l'ouverture du campus Outaouais de la Faculté de l'Université McGill et l'agrandissement du groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U). Avec cette inauguration, une étape importante vers la désignation d'un centre intégré universitaire pour la région a été franchie.

La vocation suprarégionale

Le département de radio-oncologie du CISSS de l'Outaouais offre un service ultraspécialisé à vocation suprarégionale desservant la région de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Outaouais pour les traitements de radiothérapie.

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2020-2021 12



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

3.2.1 Le conseil d'administration (au 31 mars 2021)

Membres désignés

- Dr Jean-François Simard – Département régional de médecine générale (DRMG)
- Dr Oussama Sidhom – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Mme Johanne Asselin – Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- M. François-Régis Fréchette – Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- M. Mathieu Nadeau – Conseil multidisciplinaire (CM)
- Mme Claire Major – Comité des usagers (CU)

Membres nommés

- Mme Josée Fillion – Présidente-directrice générale du CISSS de l'Outaouais - Secrétaire du conseil d'administration
- Mme Charmain Levy – Milieu de l'enseignement

Membres indépendants

- M. Michel Roy – Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité – Président du conseil d'administration
- M. Pierre Fréchette – Compétence en ressources immobilières informationnelles ou humaines
- Mme Jasmine Sasseville – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
- M. Xavier Lecat – Expertise dans les organismes communautaires
- M. Michel Hébert – Expertise en réadaptation
- Mme Monique Séguin – Expertise en santé mentale
- Mme Christiane Morin-Carle – Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux – Vice-présidente du conseil d'administration
- Me Marie-Christine Fournier – Expertise en protection de la jeunesse
- À COMBLER – Compétence en gouvernance et éthique

Membre observateur

- M. Lucien Bradet – Fondation de santé des Collines

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 : https://cisss-outaouais.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2020/06/C-001_Code-d'éthique-et-déontologie-des-membres-du-CA.pdf .

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

Les comités du conseil d'administration

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

- Comité de gouvernance et d'éthique
- Comité de révision
- Comité de vérification
- Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)
- Comité des ressources humaines
- Comité intérimaire sur la mission universitaire

Les conseils professionnels

- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Conseil des infirmières et infirmiers
- Conseil multidisciplinaire
- Conseil des sages-femmes (CSF)

Les autres comités et instances consultatives

- Comité directeur du Département régional de médecine générale
- Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de l'Outaouais
- Comité régional sur les services pharmaceutiques
- Comité de gestion des risques stratégique (CGRI)
- Comité stratégique en prévention des infections (CSPI)
- Comité d'éthique de la recherche (CER)
- Comité de coordination d'éthique clinique (CCEC)
- Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

3.3 Les faits saillants

Les faits saillants présentés dans les pages suivantes gravitent autour des grands enjeux identifiés par le CISSS de l'Outaouais. Ces mêmes enjeux sont directement reliés aux priorités organisationnelles de l'établissement.

Priorités organisationnelles

Amélioration continue (excellence)

Au CISSS de l'Outaouais, l'amélioration continue fait littéralement partie de la culture organisationnelle et pour y parvenir il faut en outre miser sur la qualité de la mesure, telle que le définit Agrément Canada, dont la dernière visite date de juin 2019. L'organisme d'accréditation a d'ailleurs dû reporter à quelques reprises sa visite au sein de notre établissement en raison de la pandémie. Au moment de la rédaction de ce rapport, une rencontre virtuelle est prévue en novembre 2021 et la visite des installations doit avoir lieu en mars 2022. Malgré ces changements au calendrier, les équipes du CISSS de l'Outaouais ont poursuivi les travaux dans le cadre de cette démarche. Nous avons confiance que les efforts déployés par tous nous permettent d'offrir des soins et des services sécuritaires et de qualité au quotidien à nos usagers et à leurs familles.

Ressources humaines et santé organisationnelle

Si l'année 2020-2021 passera à l'histoire en raison de la pandémie de la COVID-19, l'importante pénurie de main-d'œuvre que connaît le CISSS de l'Outaouais et, à plus grande échelle, le Québec en entier, n'est pas bien loin derrière. En effet, en matière de ressources humaines, le recrutement d'employés est un défi de tous les instants. Ainsi, les efforts de recrutement sont accentués et doivent de plus en plus se démarquer du lot pour porter fruit.



Financières – atteinte de l'équilibre budgétaire

Les établissements de santé de la province sont tous dans l'obligation de terminer l'année financière en équilibre budgétaire. Les équipes de la direction des services financiers travaillent de façon soutenue en cours d'année avec l'ensemble des directions de l'établissement afin de poursuivre les travaux d'amélioration continue de la performance financière. Encore là, la réalité de la pandémie étant au cœur des travaux, beaucoup d'efforts ont été faits afin de gérer adéquatement les nombreux coûts liés à la COVID-19.

Mise en place des recommandations du rapport du mandataire M. Sylvain Gagnon et de l'accompagnatrice, Mme Martine Couture (juin 2019)

L'an dernier, le CISSS de l'Outaouais devenait précurseur en nommant 4 adjoints de proximité dans les territoires de la région. Rapidement, ces gestionnaires sont devenus un lien important entre les divers acteurs de la communauté dans laquelle ils gravitent et notre organisation. Si la pandémie a ralenti la cadence du déploiement, cette mesure a tout de même fait ses preuves et a démontré que ces adjoints de proximité répondent à un réel besoin. Ils sont les figures de proue du CISSS de l'Outaouais à de nombreuses instances telles qu'aux tables de développement social.

Mission universitaire

L'ouverture du Campus délocalisé de la Faculté de médecine de l'Université McGill à l'Hôpital de Gatineau, à l'été 2020, a constitué un événement marquant pour le CISSS de l'Outaouais, et un pas important vers la reconnaissance éventuelle du statut universitaire et devenir un CIUSSS. Les travaux se sont poursuivis à une bonne cadence vers cet objectif toute l'année durant. D'ailleurs, la création par le conseil d'administration d'un comité intérimaire sur la mission universitaire en janvier 2021 assurera la gouvernance du dossier. Encore une fois, il s'agit d'un projet qui mobilise l'ensemble de l'établissement et contribue au sentiment de fierté de tous en plus de faciliter le recrutement médical. La première cohorte d'étudiants en médecine est attendue avec impatience dans les nouveaux locaux en septembre 2021!



Obstétrique dans le territoire du Pontiac



Le redémarrage du service d'obstétrique qui a cessé ses activités faute de main-d'œuvre nécessite la collaboration de plusieurs partenaires, dont la communauté du territoire du Pontiac. Un comité créé en 2019 incluant la préfète et des maires du secteur du Pontiac continue ses démarches dont l'élaboration d'un plan

d'action adopté au comité de coordination organisationnelle, traitant notamment de l'attraction et rétention du personnel dans la région du Pontiac. Une chargée de projet a été désignée pour réaliser les travaux avec les principaux collaborateurs afin d'en arriver à mettre sur pied une offre combinée de sages-femmes et de médecins. Malgré la pandémie qui a ralenti les travaux, les discussions pour en arriver à ce nouveau modèle de soins se poursuivent avec les deux ordres professionnels concernés.

Adapter l'offre de soins et de services pour faire face à la pandémie de la COVID-19

La pandémie a été longue et difficile pour l'ensemble de la population et aussi, de toute évidence, pour les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux. Elle a nécessité une incroyable résilience et une capacité d'adaptation incomparable. La 3^e vague de la pandémie a été particulièrement éprouvante pour les équipes. Comme toujours, tous étaient au rendez-vous malgré la fatigue et leurs préoccupations. Les exemples de solidarité entre les directions sont innombrables.

La participation exemplaire des équipes de médecins omnipraticiens et médecins spécialisés qui se sont mobilisées pour soutenir les équipes de soins infirmiers en acceptant de réaliser des tâches élargies a grandement été appréciée, de même que l'implication de tous les membres du personnel qui ont été déplacés dans le cadre des activités de délestage.

Aussi, la mise en place d'un comité de priorisation a permis des délais d'attente raisonnables pour la clientèle et que les soins critiques comme les chirurgies urgentes, l'endoscopie et la cancérologie, ne soient pas délestés.

Faits saillants organisationnels

Travaux visant l'implantation d'un nouvel hôpital de 600 lits à Gatineau

Le gouvernement du Québec annonçait au cours de l'année l'implantation dans la région de Gatineau d'un nouvel hôpital de 600 lits. Le CISSS de l'Outaouais est passé à l'action rapidement en produisant son « Plan clinique » qui fait état de besoins dans une vision à long terme. Plusieurs autres actions ont été mises en place : embauche d'un directeur de projet, premières étapes de recherche d'un terrain, recherche des professionnels pour la production d'un plan fonctionnel, etc. Il s'agit d'une occasion unique pour l'Outaouais qui pourra se doter d'un hôpital performant, à la fine pointe de la technologie et qui donnera à la région un pouvoir attractif sur la main-d'œuvre. Ce projet se fait dans une optique de développement de services et table sur la conservation des installations situées dans les territoires périphériques en adaptant les services aux besoins réels de toute la population. Il va sans dire que le projet contribuera à développer l'esprit de fierté au CISSS de l'Outaouais.

Nouveau CHSLD Maniwaki et Maisons des aînés et maison alternative

Le concept de Maison des aînés et de maison alternative suppose un changement de culture dans la prestation des soins et des services aux résidents hébergés. Toutes les directions doivent contribuer à faire les choses autrement pour le mieux-être et le bien-être des résidents, afin de faire vivre les caractéristiques essentielles d'un milieu de vie de qualité :

- Un milieu qui permet de se sentir comme à la maison;
- Un milieu qui adopte une gestion participative;
- Un milieu qui peut compter sur du personnel compétent, engagé et reconnu;
- Un milieu qui prête attention aux transitions vécues par le résident;
- Un milieu qui s'engage dans un processus d'amélioration continue de la qualité.



Des efforts soutenus ont donc été investis, sous le leadership de la direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA), dans les projets visant à adapter l'offre de services aux aînés, pour les besoins d'aujourd'hui et de demain. Ainsi, un chargé de projet a été engagé pour donner à ces maisons des aînés tout le panache qu'elles méritent. Une multitude d'idées prennent forme pour que nos aînés vivent dans des milieux plus enrichissants les uns que les autres. Suivant les annonces gouvernementales à cet effet, ces projets majeurs verront le jour en Outaouais dans les prochaines années :

- Nouveau centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) à Maniwaki (100 places);
- Maison des aînés et maison alternative de Gatineau (Hull) - 72 places (60 pour aînés et 12 alternatives);
- Maison des aînés de Gatineau (Est de la ville) - 72 places (clientèle aînée seulement).

Plan hivernal d'urgence pour répondre aux besoins en itinérance

Pour faire face aux besoins des personnes en situation d'itinérance durant la période hivernale, le CISSS de l'Outaouais a mis en place avec l'aide de ses partenaires un plan hivernal visant à assurer la disponibilité des services d'urgence pour cette population. Dans le contexte de la pandémie COVID-19, des places supplémentaires s'avéraient nécessaires pour répondre aux besoins grandissants du secteur urbain. En plus des 99 places offertes par les organismes

communautaires, une trentaine de places ont été ajoutées en site hôtelier par les équipes du CISSS de l'Outaouais.

La mise en place d'une halte-chaleur dans le secteur Hull, à l'Aréna Robert-Guertin, a permis d'offrir un service alternatif aux personnes en situation d'itinérance. La halte-chaleur est une initiative déployée par des organismes communautaires avec l'étroite collaboration du CISSS de l'Outaouais et de la ville de Gatineau. Issue d'une mobilisation des partenaires venant en aide aux personnes en situation d'itinérance dans le Vieux-Gatineau, une deuxième halte-chaleur a également vu le jour dans cet autre secteur de la ville afin de répondre aux besoins émergents. Les activités de cette 2^e halte-chaleur ont été coordonnées par La Soupière de l'Amitié de Gatineau en collaboration avec des partenaires du milieu et la ville de Gatineau.

L'ensemble des initiatives mises en place a permis de répondre aux besoins des personnes en situation d'itinérance durant la période hivernale. Le CISSS de l'Outaouais poursuit ses collaborations avec les organismes communautaires et la ville de Gatineau afin de soutenir les personnes en situation d'itinérance.

Le programme Agir tôt pour intervenir dès le plus jeune âge

Malgré un ralentissement dû à la pandémie, le plan d'action du programme Agir tôt annoncé en 2019 a cheminé en collaboration avec la direction des programmes jeunesse (DJ) et la direction de la déficience et de la réadaptation (DDR). L'objectif est d'intervenir le plus tôt possible dans tous les domaines de développement de l'enfant (0-5 ans) en améliorant la surveillance du développement de l'enfant (par exemple lors de la vaccination à 18 mois), le dépistage et l'intervention auprès des jeunes aux prises avec un retard de développement. La stratégie envisagée permet de rehausser les équipes d'intervention précoce auprès des enfants de 0 à 5 ans présentant un retard de développement, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique ou intellectuelle. Elle inclut également le déploiement d'une plateforme informatique à laquelle les parents concernés auront accès pour obtenir des services en lien avec les retards de développement et compléter des outils cliniques virtuels qui permettront à des professionnels de bien orienter leurs besoins vers les bons services relatifs au développement de l'enfant, et ce, dans un souci de pertinence clinique.



Une structure solide de gouverne (comités stratégique, tactique et opérationnel) est à l'œuvre depuis plusieurs mois et la prochaine étape pour la réalisation optimale du programme est le déploiement de la plateforme informatique de dépistage. Elle est prévue pour le mois d'août prochain.

Deux voix pour les enfants de l'Outaouais à la Commission Laurent

La Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (CSDEPJ), aussi appelée Commission Laurent, a tenu des audiences adaptées en contexte de pandémie, durant l'année 2020. Un mémoire a été déposé en collaboration avec la direction générale, la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) et la DJ du CISSS de l'Outaouais permettant de citer les enjeux suivants : les services de proximité, la rétention du personnel, le processus judiciaire, la transition à l'âge adulte et le manque de ressources de type familial.

Le comité régional de l'Entente multisectorielle en Outaouais, coordonné par la DPJ, a fait une déclaration écrite, à défaut de pouvoir témoigner en audience publique en raison de la COVID-19. Le document faisait état de notre fonctionnement en Outaouais pour l'application de l'Entente multisectorielle relativement aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique. La région a fait preuve d'innovation en matière de collaboration dans ce domaine et des pistes de solution accompagnaient ce dépôt.

La DPJ a déjà posé des actions conformément aux premiers constats et orientations déposés par la CSDEPJ en novembre 2020. Le rapport final avec ses recommandations est attendu au printemps 2021.

Impacts de la pandémie sur les activités

Évidemment, la pandémie a occupé une place prépondérante dans les activités de tous les établissements de santé. Les efforts demandés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) étant à la hauteur des besoins imposés par l'urgence sanitaire, le CISSS de l'Outaouais a mis en place de nombreuses actions pour adapter les services à la situation en constante évolution.

En plus de relever les défis imposés par la pandémie, le CISSS de l'Outaouais est fier d'avoir mené de front plusieurs projets qui auront des impacts importants et positifs pour toute la population de l'Outaouais.

La Santé publique au cœur du combat

Toutes les directions du CISSS de l'Outaouais ont joué un rôle important dans la gestion de la pandémie de la COVID-19. Cependant, la direction de la santé publique (DSPu) a joué un rôle crucial et elle continue d'être au cœur du combat.

Que ce soit pour surveiller de façon continue la situation, décider des mesures à mettre en place pour diminuer les risques de propagation afin d'assurer la santé et la sécurité de la population ou

encore, retracer les cas contacts lors d'une contagion, la DSPu s'est imposée et a su démontrer son importance capitale dans la plus grande crise de santé à laquelle notre société a été confrontée en plus de 100 ans.



Le dépistage, pierre angulaire du suivi de la pandémie

De nombreux efforts ont été investis pour mettre en place un service de dépistage COVID-19 pouvant répondre aux besoins de suivi et de contrôle de la pandémie. À la merci d'une technologie en cours de développement, la direction des services multidisciplinaires et à la communauté (DSMC) a chapeauté ce projet complexe, nécessitant le réaménagement des services laboratoires, l'installation des équipements et la mise en place de nombreuses cliniques de dépistage dans la région. En début de processus, celles-ci ont dû être aménagées rapidement. La DSMC a su organiser en collaboration avec les directions soutien des cliniques de dépistage désignées (CDD) et des cliniques sans rendez-vous dans le territoire urbain de Gatineau, dans les territoires des Collines, de la Vallée-de-la-Gatineau, du Pontiac et de Papineau, en plus d'une clinique mobile. Les heures d'ouverture ont été augmentées dans plusieurs de ces cliniques, jusqu'à 16 heures par jour. Toutes ces actions ont permis de réduire l'accès à un rendez-vous en 48 heures pour un dépistage.



Pour répondre aux besoins qui fluctuaient grandement en fonction des vagues, un réaménagement important en ressources humaines a été nécessaire: augmentation de personnel de laboratoire de biologie moléculaire et à la saisie des échantillons (jour-soir-nuit). La DSMC a aussi augmenté la fréquence des transports des échantillons aux laboratoires.

Cette réalisation n'aurait pu être possible sans le soutien incommensurable de la part de la direction des services techniques et de la logistique (DSTL) et de la direction des technologies biomédicales et de l'information (DTBI), afin de doter les professionnels à l'œuvre des équipements nécessaires et de locaux adéquats.

Unité COVID

Dès le début de la pandémie, le ministère demandait au CISSS de l'Outaouais de préparer 68 lits dédiés aux patients atteints de la COVID-19, incluant 10 lits en soins intensifs. Le défi était de taille puisqu'il fallait à la fois des aménagements physiques importants, libérer des lits dans un contexte de pleine capacité et avoir une couverture constante de personnel infirmier qualifié et formé afin d'éviter les risques de propagation de la COVID-19.

Dès mars 2020, sous le leadership de la DSI, l'unité COVID-19 recevait ses premiers patients. Il va sans dire que la DSTL a été très sollicitée tout au long du processus: aménagement des locaux, des zones de traitement et des corridors, gestion des équipements de protection individuelle (ÉPI), hygiène et salubrité, ventilation, etc.



Ce nouveau modèle d'unité de soins a nécessité une très grande capacité d'adaptation pour toutes les directions impliquées. Le nombre de places réservées devait fluctuer selon les besoins. À la troisième vague, la DSI a dû rehausser une vingtaine de lits d'hospitalisation en catégorie « soins intermédiaires » afin de répondre aux besoins plus aigus des patients admis. Et afin de s'assurer de la présence suffisante d'infirmières et infirmiers, il a été nécessaire de délester plusieurs activités cliniques spécialisées, tout en maintenant l'offre de services en médecine et en soins intensifs.

Campagne MERCI À NOS HÉROS DU CISSSO !



En mai 2020, le CISSS de l'Outaouais a lancé la campagne « Merci à nos héros du CISSSO! » pour souligner l'engagement et la mobilisation du personnel, des professionnels et des médecins travaillant pour notre établissement. Le réseau de la santé et des services sociaux de la région s'est mobilisé pour prendre les mesures qui s'imposaient et desservir au mieux la population dans un contexte de crise hors du commun.

Par ce geste, notre établissement tenait à souligner le dévouement et la résilience du personnel face à la crise pandémique, alors à ses débuts. Quelle que soit la fonction occupée, tous s'adaptaient à de nouvelles procédures et protocoles et travaillaient déjà sans relâche. Nous tenions dès lors à souligner leurs efforts, leur énergie, leur engagement et leur esprit d'équipe.



Différents types d'affichage ont été déclinés dans ses installations partout sur le territoire. Une campagne sur les réseaux sociaux a permis de souligner le bon travail de ces anges gardiens, héros du CISSSO! L'établissement tenait à les féliciter pour leurs actions quotidiennes essentielles pour remporter la bataille, que nous menons toujours après plus d'un an.

Les communications : On garde le contact avec nos partenaires



Le contexte de pandémie a eu des effets importants sur les relations humaines. Les mesures de distanciation sociale ont freiné considérablement les rencontres de groupe qui alimentent traditionnellement le processus communicationnel. À l'instar des autres domaines, le CISSS de l'Outaouais a développé des outils technologiques pour garder bien vivant le lien avec ses communautés. Entre autres, les séances du conseil d'administration ont toutes été organisées par visioconférence, accessibles dans l'ensemble du territoire.

Un processus de communication régulier et efficace a été maintenu avec nos multiples partenaires : élus provinciaux, élus municipaux, centres de services scolaires, syndicats, représentants des Premières Nations, etc. Le nouveau bulletin Web CISSSOFIL est venu également s'ajouter aux stratégies de communication pour tenir informés nos partenaires à l'interne. Le CISSS de l'Outaouais retient de cet exercice une collaboration exceptionnelle de l'ensemble de ses partenaires qui ont souvent proposé des solutions pratiques.

La prévention et contrôle des infections, c'est l'affaire de tous!

À la demande du ministère de déployer les meilleures pratiques en Prévention et contrôle des infections (PCI) dans tous les milieux de vie, toutes les directions ont mis en commun leurs ressources pour mettre en place des escouades PCI afin d'atteindre la cible et même surpasser les attentes. En collaboration avec la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ), le projet a pu être déployé dans nos milieux de vie et nos services avec environ une vingtaine d'intervenants formateurs (références PCI dans les milieux) et plusieurs centaines de champions (modèles de rôle auprès des collègues dans les tâches quotidiennes). En plus d'avoir réussi à instaurer cette pratique au sein de nos installations, cette démarche s'est qualifiée comme meilleure pratique par le Consortium interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux.

Les participants au projet ont été conquis par les connaissances acquises et leur utilité sur le terrain. Ils ont gagné beaucoup de confiance à la suite de cette formation et se sentent davantage responsables de leur sécurité, de celle de leurs collègues et aussi de celle de leurs patients. Un message important retenu: la PCI est une mission de tous les employés et nous en sommes tous responsables.



La pandémie a permis à ce que la PCI progresse à titre de culture dans nos installations et dans chacun de nos gestes. Cette forme d'accompagnement par les pairs permet d'améliorer au quotidien les gestes en termes de PCI.

Un gestionnaire dans chacun des CHSLD de l'Outaouais

La pandémie COVID-19 a mis en lumière l'importance d'assurer une gestion de proximité dans les CHSLD des personnes âgées. L'axe « les milieux de vie pour aînés » du plan d'action pour une 2^e vague COVID-19 du MSSS prévoyait d'ailleurs la mise en place d'un gestionnaire responsable de site pour chacun des CHSLD publics au Québec. Au début d'octobre 2020, le CISSS de l'Outaouais officialisait la nomination des 14 gestionnaires responsables pour chacun des CHSLD de son territoire, faisant passer de 21 à 33 le nombre de gestionnaires en CHSLD.



Cette gestion de proximité apporte des bénéfices notables auprès des résidents et du personnel en matière de prévention des infections, de gestion du milieu de vie, de gestion des activités cliniques et de gestion organisationnelle. Des démarches ont également été entreprises en collaboration avec la direction de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche (DERUR) et un chercheur de l'Université d'Ottawa, pour quantifier les effets de la mise en place de cette nouvelle hiérarchie.

Toute une logistique pour la vaccination de masse

C'est une campagne de vaccination sans précédent qui a dû être mise en place dans le dernier quart de l'année 2020-2021. L'attente du développement, puis de la disponibilité des vaccins contre la COVID-19, a été utilisée à bon escient pour planifier et organiser une campagne de vaccination massive qui ne devait souffrir d'aucun retard.

De décembre 2020 à février 2021, les efforts ont été consacrés à la vaccination des résidents hébergés de l'ensemble du territoire (en CHSLD, en ressource intermédiaire et ressource de type familial (RI-RFT)) et des employés du réseau oeuvrant directement auprès de cette clientèle vulnérable, en plus de collaborer avec les services des Premières Nations pour leur offrir la vaccination.



En parallèle, des défis logistiques majeurs ont été surmontés pour mettre en marche cette véritable machine de vaccination massive! Non seulement il fallait identifier et aménager des locaux dans l'ensemble des territoires de l'Outaouais, mais le projet nécessitait de doter ces locaux des équipements nécessaires, de recruter et former le personnel, et ce, sans créer une pénurie dans d'autres secteurs de service. La DSTL, la DTBI, et la DRHCAJ étaient au rendez-vous pour appuyer l'équipe de vaccination, tout comme les services de pharmacie (de la DSPPC) qui ont assuré une distribution efficace de ces dizaines de milliers de doses de vaccin, triomphant des défis techniques et logistiques.

Le résultat a été probant : le 11 mars 2021, six cliniques de vaccination ont été ouvertes à Gatineau, Buckingham, Maniwaki, La Pêche, Campbell's Bay et Saint-André-Avellin. En moins de trois semaines, du 11 au 31 mars 2021, ce sont près de 39 000 vaccins qui ont été administrés!

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

Cette année, aucune entente de gestion et d'imputabilité n'a été conclue entre les établissements et le ministre.

Les résultats suivants présentent certains indicateurs du plan stratégique du ministère.

Résultats pour certains indicateurs du plan stratégique 2019-2023 du MSSS

Orientation : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS ET AUX SERVICES			
Objectif : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille	82,63 %	81,9 %	83 %
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	255 391	261 947	5 522 287
Commentaires Plusieurs médecins avec de nombreux patients ont pris ou prendront leur retraite prochainement, ce qui n'aide pas à améliorer nos pourcentages d'atteinte de la cible. Toutefois, les efforts se poursuivent. Les activités médicales particulières disponibles comprennent majoritairement un volet prise en charge à l'exception des médecins qui s'impliquent à temps complet à l'urgence. Les efforts se maintiennent afin d'atteindre l'objectif. Le recrutement de médecins est plus facile en groupe de médecine de famille (GMF), ce qui explique l'augmentation d'inscriptions en GMF. En janvier 2021, 267 389 personnes étaient inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF ce qui représente un pourcentage d'atteinte de l'engagement de 102,5 %.			
Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	189	133	132 minutes
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière	19,68	17,52	15 heures
Commentaires Nous avons des enjeux de ressources humaines en raison de l'importante pénurie de main-d'œuvre et de la hausse de l'assurance salaire ce qui limite les activités à l'ambulatorie. Celles-ci sont généralement délestées en premier lorsqu'il manque de personnel afin d'assurer une présence en salle de choc et dans les aires d'observation. De plus, le débordement de patients observés et admis en santé mentale à l'urgence de Gatineau s'accumule à l'ambulatorie et nuit à son bon fonctionnement.			

Certaines actions en cours devraient favoriser l'atteinte de la cible du plan stratégique du MSSS et du délai moyen de prise en charge :

- 1) Mise en place de règles d'utilisation de la salle d'urgence avec vigie et réorientation vers les ressources appropriées des cas qui ne nécessitent pas le plateau technique de l'urgence (au début de l'exercice financier 2020-2021, les taux de réorientation des cas de priorité 4 et 5, donc ne nécessitant pas de prise en charge immédiate, étaient parmi les meilleurs de la province, soient 37% à l'Hôpital de Gatineau et 31% à l'Hôpital de Hull);
- 2) Recrutement médical rehaussé au cours de l'année 2019-2020 avec un horaire maintenant comblé en tout temps;
- 3) Restructuration de l'horaire des médecins avec une plus grande flexibilité - les médecins sont déplacés vers l'urgence avec un plus haut taux d'occupation;
- 4) Mise en place d'un comité réorientation pour coordonner avec le Département régional de médecine générale (DRMG) l'offre de service pour la réorientation;
- 5) Coordonnateur médical maintenant présent tous les jours, ce qui en plus de libérer les médecins à l'ambulatorio permet d'assurer une vigie des cas qui ne nécessitent pas le plateau technique de l'urgence et de les rediriger au besoin;
- 6) En cours : mise en place d'une urgence psychiatrique et rehaussement du personnel de soutien en santé mentale afin de garder ouverte l'aire d'observation en santé mentale pour augmenter la fluidité des patients depuis l'urgence vers cette aire d'observation;
- 7) En cours : restructuration pour le personnel de soutien afin de libérer les infirmières des tâches administratives;
- 8) En cours : rehaussement de la présence de l'entretien ménager afin d'accélérer le roulement des cubes d'évaluation;
- 9) En cours : révision de la trajectoire pour certaines populations de patients (pédiatrie, etc.);
- 10) Vigie du délai de consultation en spécialité et vigie de la pertinence des demandes de consultations en spécialité;
- 11) Priorisation des congés hospitaliers, préparés la veille, afin de les donner le plus tôt possible et libérer les lits pour les admissions de l'urgence.

Malgré les difficultés de ressources humaines, on note une amélioration de la durée moyenne de séjour. La mise en place des règles d'utilisation de la salle d'urgence devrait permettre des gains supplémentaires dans les prochaines périodes.

Concernant la durée moyenne de séjour globale, pour l'année 2020-2021, il y a augmentation en moyenne de 39 minutes pour l'ensemble du Québec par rapport à 2019-2020. Pour Hull, nous enregistrons une baisse de 2 h 48 et à Gatineau une baisse de 2 h 44.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en santé mentale

Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Résultat au 31 mars 2021	Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	542	680	19 201

Commentaires

Au 31 mars 2021, le nombre de personnes, adultes et jeunes, en attente d'un service en santé mentale de première et de deuxième ligne est de 680 usagers. Ceci représente une augmentation de la liste d'attente de 138 usagers comparée à l'an passé (le résultat 2019-2020 est de 542 usagers). L'augmentation observée de la liste d'attente est davantage associée à la clientèle adulte en première ligne.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en dépendance			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Résultat au 31 mars 2021	Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	3 686	3 973	60 671
Commentaires Au 31 mars 2021, le nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance était de 3973 incluant les missions CRD et CLSC. Ceci représente une augmentation de 287 personnes comparativement au 31 mars 2020. La cible convenue avec le MSSS en 2019-2020 était de 3157 personnes. Par conséquent, le CISSS de l'Outaouais a dépassé cette cible pour les deux dernières années (3686 en 2019-2020 et 3973 en 2020-2021). Cela s'explique par le renforcement de l'accès aux services de proximité et aux services spécialisés en dépendance depuis deux ans permettant de rejoindre davantage de personnes dans les milieux qu'elles fréquentent.			
Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E) <i>A = 3 jours et moins / B = 10 jours et moins / C = 28 jours et moins / D = 3 mois et moins / E = 12 mois et moins</i>	60,3 %	63,6 %	81%
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	1 540	3 178	40 000
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	92,5 %	96,2 %	85 %
Commentaires Le Centre de répartition des demandes de service (CRDS) a peu de contrôle sur les listes d'attente des médecins spécialistes, car toutes les demandes reçues sont placées selon la disponibilité des plages horaires des médecins spécialistes. Des travaux se poursuivent. Forte augmentation de la liste d'attente reliée au délestage sévère au printemps 2020 et au délestage pour les catégories D-E et partiellement C depuis la fin de l'automne. Un comité de priorisation des chirurgies se rencontre 2x/semaine pour assurer la gestion des listes d'attente. Une procédure de deuxième choix sera en place pour offrir à la clientèle d'être opérée par un autre chirurgien si le délai est moins grand. Entente avec un centre médical spécialisé pour chirurgie de la cataracte débutant d'ici quelques mois. Des discussions avec d'autres centres médicaux spécialisés sont toujours en cours. Ces différents éléments devraient permettre de diminuer la liste d'attente de plus de 1 an. Également, il faut noter l'écart entre nos données provenant de notre système GIC et l'entrepôt de données SIMAAA (système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés) du MSSS. Des travaux sont en cours pour corriger la situation. Amélioration par rapport à 2019-2020 malgré le contexte de la pandémie et du délestage des blocs opératoires. Cette clientèle continue d'être priorisée par le comité de priorisation des chirurgies qui se rencontre 2x/semaine.			

Objectif : Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Résultat au 31 mars 2021	Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	600	655	16 000
Commentaires <i>Nous remarquons une augmentation du nombre de places de 8 % comparativement à 2019-2020. Ceci, grâce à un mécanisme que nous avons mis en place en collaboration avec la DSAPA afin de recenser en continu les usagers ayant un profil en déficience ou TSA à l'intérieur des CHSLD ; ce qui n'existait pas auparavant. Ceci vient donc augmenter le nombre de places au total.</i>			
Objectif : Augmenter les services de soutien à domicile			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	13 199	14 957	364 602
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 100 124	1 297 904	21,3 millions d'heures
Commentaires <i>Augmentation de plus de 13% en nombre de personnes différentes recevant des services du SAD et de près de 18% pour le nombre d'heures de services de SAD, et ce, malgré tout le délestage du personnel qui a eu lieu en lien avec la pandémie.</i>			
Objectif : Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	100 %	89 %	86 %
Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	70,4	78,7	73 %
Commentaires <u>Premier indicateur</u> <i>Avec l'adoption du nouveau Plan stratégique 2019-2023 du MSSS, cet indicateur a été ajouté à l'EGI 2019-2020.</i> <u>Deuxième indicateur</u> <i>Malgré la pandémie, nous avons pu maintenir nos services JED par l'entremise de la téléconsultation, des groupes donnés en mode virtuel et du maintien de rencontres essentielles (négligence, crise, etc.) en présence avec les équipements de protection appropriés.</i>			

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

5.1 L'agrément

La situation liée à la pandémie a entraîné le report de la visite d'Agrément Canada, qui était prévue en mai 2020, au printemps 2022. Aucune visite n'a donc eu lieu dans nos installations cette année. Comme déjà mentionné, une rencontre virtuelle est prévue en novembre 2021 et la visite des installations doit avoir lieu en mars 2022.



Depuis septembre 2019, les équipes visitées en juin 2019 (séquences 1 et 2) s'attellent à corriger les non-conformités soulevées. Agrément Canada avait confirmé, suite à cette visite, le maintien du **statut d'Agréé** du CISSS de l'Outaouais. Afin de conserver ce statut, certaines mesures de suivi avaient toutefois été exigées.

Les 64 suivis exigés pour le 19 novembre 2020 ont été réalisés dans le délai requis, et ont permis les activités d'amélioration continue suivantes :

- Élaboration d'une politique et d'une procédure encadrant le contournement des alertes en lien avec la bibliothèque de médicaments des pompes intelligentes;
- Élaboration d'une procédure encadrant l'élimination des objets pointus, tranchants ou cassables;
- Mise à jour des plans de mesures d'urgence et réalisation de simulations;
- Élaboration de la procédure Étapes de préparation et de diffusion d'un avis de santé publique.

Le 1^{er} février 2021, Agrément Canada indiquait la conformité de 53 des 64 suivis exigés, de même qu'une demande de complément d'information quant à 8 autres. Les équipes travaillent à la conformité de ceux-ci pour le 11 juillet 2021. Ces compléments d'information sont en lien avec :

- Gestion des médicaments (3)
- Leadership (1)
- Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (3)
- Manuel d'évaluation - Programmes-santé mentale et dépendances (1).

Les trois autres suivis exigés seront évalués lors de la prochaine visite et sont en lien avec la gestion des médicaments et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables.

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

Les différents comités de gestion des risques (stratégique et tactiques) ont mis en place des travaux afin de poursuivre la sensibilisation du personnel aux procédures en gestion des risques. Une formation continue ainsi que des séances de sensibilisation constituent des moyens privilégiés favorisant une culture de gestion des risques et surtout afin d'assurer une harmonisation de la déclaration des événements et la conformité du processus. Voici différentes actions réalisées au courant de l'année 2020-2021 :

- Présentation de rapports trimestriels au comité stratégique et aux comités tactiques;
- Élaboration de tableaux de bord personnalisés suite à des demandes provenant des directions, soit en lien avec une problématique particulière ou afin de cibler certains secteurs particuliers;
- Projet de décentralisation de la saisie des déclarations AH-223 : élaboration d'une capsule de formation sur la gestion des risques de même que sur la saisie du formulaire AH-223 sur la plateforme *Environnement numérique d'apprentissage* (ENA). Cette capsule a été déployée en janvier 2021 et un total de 1314 personnes ont suivi la formation au 31 mars 2021. Un total de 99 personnes a également reçu une formation en présentiel;
- Participation à la Semaine nationale de la sécurité des patients qui s'est tenue du 26 au 30 octobre 2019 (publicité, promotion, bandeau sur notre site Web et une note de service adressée à l'ensemble du personnel du CISSS de l'Outaouais);
- Ajout d'un indicateur de suivi des analyses sommaires non complétées et transmission d'un rapport à chaque direction de façon graduelle au courant de l'année ;
- Création d'un document permettant d'aviser la direction générale d'un événement en investigation dans un délai de 24 heures;
- Collaboration avec le volet de la performance de la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) afin de cartographier des trajectoires d'utilisateurs suite à la survenue d'événement sentinelle;
- Gestion de plus de 799 demandes via l'adresse générique « Outlook » de gestion des risques (création d'utilisateurs pour le système d'information sur la sécurité de soins et des services (SISSS), réactivation de mot de passe, modification du paramétrage SISSS-AH-223, demande de données, soutien téléphonique aux employés et gestionnaires);
- L'équipe de gestion des risques poursuit son travail de collaboration et de soutien à l'avancement des travaux des comités suivants: le comité interdisciplinaire de prévention des chutes, le comité pharmaco-soins, le comité radioprotection et le comité en gestion des risques en radio-oncologie.

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, on constate que nous avons eu un total de 11 088 événements déclarés pour l'année 2020-2021, dont 38 événements pour lesquels la gravité n'a pas été déterminée.

Tel que présenté dans le tableau 1, les trois principaux types d'incidents déclarés (au registre) sont : autres (28,8 %), médication (27,7 %) et traitement (12,9 %). Un total de 1 462 événements déclarés sont des incidents.

Tableau 1

Principaux types d'incidents (3)	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
AUTRES	421	28,8 %	3,8 %
MÉDICATION	405	27,7 %	3,7 %
TRAITEMENT	189	12,9 %	1,7 %

Total incidents : 1 462
Total événements : 11 088
Source : SISSS

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 déclarés (au registre) sont : chutes/quasi-chutes (51,7 %), médication (22,1 %) et autres (13,7 %). Un total de 9 588 événements déclarés sont des accidents.

Tableau 2

Principaux types d'accidents (3)	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
CHUTES/QUASI-CHUTES	4 959	51,7 %	44,7 %
MÉDICATION	2 118	22,1 %	19,1 %
AUTRES	1 310	13,7 %	11,8 %

Total accidents : 9 588
Total événements : 11 088
Source : SISSS

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 membres de l'équipe 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 et services au CISSS de l'Outaouais :

- En lien avec les chutes, présence d'un comité de prévention des chutes interdirectionnel;
- Élaboration d'un avis clinique relatif à l'utilisation d'anticoagulant lors de chutes en ressources non institutionnelles (RNI) et diffusion à l'ensemble des ressources;
- Révision des protocoles de prévention des chutes en RNI;
- Suite à un événement sentinelle, participation à des comités ad hoc avec les directions et accompagnement dans l'élaboration des plans d'amélioration continue de la qualité (PACQ);
- Suivi d'un indicateur (au comité stratégique) en lien avec les mesures d'amélioration mises en place dans le PACQ lors d'un événement sentinelle afin de s'assurer de la complétion de l'ensemble des mesures;
- Des analyses plus poussées des événements sont réalisées par le biais de différentes méthodes. Une première recherche est réalisée par mots-clés dans le registre SISSS. Une liste a été élaborée et permet d'aller extraire des rapports AH-223 afin de repérer des événements potentiellement sentinelles. Ces événements sont analysés et des suivis sont effectués si nécessaire auprès des gestionnaires concernés. Aussi, une autre méthode vise une recherche pour les événements de gravité F et plus au sein des déclarations produites dans le registre SISSS. À cela s'ajoutent des recherches et des analyses systématiques des événements de gravité G-H-I dans le registre SISSS;
- Création d'une capsule de formation en ligne sur la plateforme ENA (sur la gestion des risques et sur la saisie du formulaire);
- Concertation auprès du comité pharmaco-soins en lien avec des événements impliquant la 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

Le comité stratégique et l'équipe du service de prévention et contrôle des infections (PCI) continuent d'être grandement mobilisés par la pandémie COVID-19. Afin de guider les actions et la prise de décisions entourant la prévention des infections, l'équipe de conseillères et l'infirmière clinicienne spécialisée en collaboration avec une équipe médicale ont produit des avis, recommandations et outils basés sur les données scientifiques actuelles.

Les efforts se sont multipliés pour consolider les différentes pratiques des équipes de soins dans tous les milieux, notamment par une équipe d'escouade PCI déployée spécifiquement pour les situations précaires ou en éclosion COVID-19.

La consolidation des mesures passe par un partenariat solide avec toutes les directions, notamment la DSPu et la DSTL.

En plus des activités relatives à la lutte contre la pandémie, l'équipe de PCI poursuit la surveillance terrain des pathogènes nécessitant des précautions additionnelles et des éclosions. Les champs de surveillance obligatoire, notamment en hémodialyse, aux soins intensifs et sur tous les chantiers de construction sont également réalisés.

Afin de consolider l'expertise collective, plusieurs thématiques de formation ont été offertes entre autres sur la COVID-19, mais également sur les pratiques de base et les précautions additionnelles.

Dans une perspective d'amélioration continue, plusieurs objectifs sont reconduits dont l'harmonisation des procédures de PCI dans les différents milieux, la promotion des pratiques de bases chez les usagers, la poursuite de la campagne d'hygiène des mains et le maintien des activités des différentes tables locales de PCI.

Quelques faits :

- L'équipe PCI a effectué plus de 700 cellules de crise en lien avec les différentes éclosions ayant eu cours sur le territoire. Au début de l'année 2020, il y avait 9 conseillères et une cheffe de service réparties sur le territoire de l'Outaouais. L'équipe de PCI a assuré une présence 7 jours sur 7.
- L'équipe PCI en collaboration avec une escouade PCI formée d'une vingtaine de personnes provenant de différents délestages et du programme d'embauche « Je contribue » a fait plus de 75 visites de vigies régulières en résidences privées pour aînés (RPA), RI-RTF, organismes sans but lucratif (OSBL) et CHSLD. L'équipe a assuré une présence pour plus d'une centaine de visites d'accompagnement pour les situations d'éclosions dans nos milieux et a réalisé plus de 1000 tests d'essais d'ajustement N95.

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

Voici un résumé des constats en 2020-2021 par direction clinique :

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

Les mesures exceptionnelles de contrôle sont utilisées lorsqu'il y a un danger potentiel pour la sécurité de l'usager. Elles sont inscrites dans le plan de travail et elles sont toujours planifiées. Toutefois, de façon exceptionnelle, une mesure peut être instaurée lors de situation de crise, mais celle-ci est également planifiée et elle fait partie du plan de travail.

Les mesures exceptionnelles de contrôle utilisées par la DSAPA sont : la ceinture abdominale au fauteuil, la boucle anti-déclencheur, la tablette au fauteuil (uniquement en unité gériatrique), la ceinture pelvienne, les mitaines, les attaches, la ceinture à fixation magnétique avec ou sans bretelles au lit, le drap de retenue allongé, la porte verrouillée, la veste ou le harnais, les ridelles de lit, le fauteuil gériatrique et la demi-porte. Pour l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF), seulement la tablette fut utilisée.

Les contentions ont été évitées suite à différents moyens alternatifs présentés, ci-dessous :

En CHSLD et en unité gériatrique	Uniquement en CHSLD
• Tapis de chute • Détecteur à cordelettes • Détecteur de mouvement • Système SMART au lit et au fauteuil • PTI (directives inscrites au <i>plan de travail infirmier</i>) • Protecteur de hanche et de tête • Assurer un environnement sécuritaire et fonctionnel du résident • Tab au fauteuil ou au lit • Moniteur de pression • 3 ridelles • Demi-ridelle • Ceinture de fauteuil • Réorganisation de l'horaire • Supervision éloignée • Fauteuil à bascule • Musique douce • Occupation manuelle • Marche • Supervision accrue • Activités significatives	Uniquement en unité gériatrique
	• Tapis sensoriel • Détecteur infrarouge • Ceinture (boucle avec alarme) • Plateforme basse pour matelas • Casque protecteur • Approche relationnelle personnalisée • Approche adaptée à la personne âgée • Deux ridelles

Dans un processus d'amélioration continue, tous les nouveaux employés qui entrent en poste aux unités gériatriques de l'Hôpital de Hull reçoivent la formation sur les mesures exceptionnelles de contrôle lors du programme d'orientation. Pour les CHSLD, tous les nouveaux employés orientés ont été sensibilisés aux mesures de contrôle et ont reçu des documents explicatifs. Le protocole encadrant l'utilisation des mesures de contrôle et ses outils cliniques sont présentés et disponibles pour le personnel.

Principaux constats :

- Pour 2020-2021, 95 mesures de contrôle ont été utilisées dont 83,9 % étaient planifiées et 7,9 % ne l'étaient pas;
- L'utilisation de mesures de remplacement favorise une diminution de l'utilisation des mesures de contrôle et l'amélioration de la qualité de vie du résident et de l'usager hospitalisé en attente d'hébergement de même que la diminution de l'agitation de l'usager en unité gériatrique;
- Utilisation du formulaire de consentement pour l'usager et sa famille en CHSLD;
- 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 de contrôle;

- Les mesures utilisées sont en lien avec le plan d'intervention, le plan de soins et le plan de traitement;
- Une rigueur devra être développée en lien avec l'inscription des mesures au registre.

La priorité de la direction SAPA pour l'année 2021-2022 vise à réduire l'utilisation des mesures de contrôle.

Direction de la déficience et de la réadaptation (DDR)

La DDR dessert une clientèle présentant une déficience intellectuelle (DI), une déficience physique (DP) et un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Les mesures 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. Le recours à une mesure peut survenir dans deux contextes : soit une intervention planifiée ou non planifiée. Une intervention planifiée concerne des situations connues où le comportement de la personne est prévisible et susceptible de se reproduire. L'intervention non planifiée concerne des interventions réalisées en réponse à un comportement inhabituel et par conséquent, non prévu. Une mesure de contrôle est autorisée en dernier recours et en respectant les principes directeurs. L'obtention du consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal est absolument requise. De plus, lorsqu'une mesure de contrôle est autorisée, un objectif en lien avec la réduction de la mesure doit se retrouver au plan d'intervention de l'utilisateur.

Les mesures exceptionnelles de contrôle utilisées par la direction sont : le maintien physique (contention humaine), l'isolement (salle de mise au calme, retrait à la chambre, etc.), la contention mécanique (ridelles, tablette, etc.) et la contention chimique pour laquelle une procédure de « médication au besoin » est développée.

Principaux constats :

- Au cours de l'année, 168 mesures ont été appliquées: 64 en contexte non planifié et 104 en contexte planifié. Les écarts observés d'une année à l'autre peuvent être expliqués par deux éléments en particulier : la gestion de dossiers complexes et les ajustements des outils de collecte de données et de leurs modalités de fonctionnement;
- Certains ajustements de la fiche de signalement et de ses modalités ont permis, l'an dernier et cette année, de mieux colliger l'information et d'avoir un portrait plus précis des mesures appliquées en cours d'année. L'équipe consultative a poursuivi ses travaux dans le but d'harmoniser la pratique en ce qui a trait aux mesures de contrôle (outils utilisés, collecte de données, modalités de fonctionnement, etc.);
- Au 31 mars 2021, le personnel a bénéficié de la formation en ligne sur l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle disponible sur la plateforme de l'ENA présentée par le CISSS de Lanaudière. L'ensemble du personnel concerné à la DDR devra être formé pour le 30 avril 2021. Au 31 mars 2021, 35 personnes ont suivi la formation;
- Toutes les mesures chimiques font l'objet du respect de la procédure de « médication au besoin »;
- Plusieurs stratégies sont mises en place pour réfléchir, élaborer et actualiser des mesures de remplacement : mise en place et révision de plan d'intervention et de plan d'action

multimodale, discussion de cas en rencontre clinique pour obtenir du soutien entre les pairs; consultation clinique interdisciplinaire via le comité clinique ou le comité sur les mesures de contrôle ou simplement en rassemblant les différents professionnels impliqués dans un dossier, pour rechercher des solutions créatives et innovantes; suivis intensifs (monitoring) et actualisation des recommandations qui en découlent; bonification des programmations d'activités cliniques en vue de mieux répondre aux besoins des usagers, etc.

Les priorités de la DDR pour l'année 2021-2022 visent les actions suivantes :

- Poursuivre les présentations des procédures DI-DP-TSA à l'ensemble du personnel de la direction;
- Poursuivre l'intégration des services en continu dans une perspective d'amélioration et d'harmonisation de la pratique en ce qui concerne les mesures exceptionnelles de contrôle;
- Mettre en place des moyens pour colliger l'information concernant les stratégies alternatives à la contention et les résultats obtenus;
- Analyser la pratique de déclaration comme contention chimique de tous les PRN (médicaments prescrits au besoin) administrés;
- Valider la plus-value et la satisfaction des participants au comité consultatif.

Direction des programmes jeunesse/ Direction de la protection de la jeunesse (DJ/DPJ)

Les mesures de contrôle sont principalement utilisées auprès d'une clientèle âgée de 6 à 17 ans qui présente de graves troubles du comportement ou encore des comportements délictueux. Certains jeunes desservis dans le cadre de mise sous garde peuvent être âgés de 20 ans. La très grande majorité de la clientèle est hébergée en centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA) dans le cadre de la LPJ ou de la LSJPA et exceptionnellement la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ces jeunes présentent des comportements de violence envers autrui, d'automutilation ainsi que des comportements à risque suicidaire qui peuvent nécessiter le recours à des mesures exceptionnelles de contrôle afin d'assurer leur sécurité ou celle d'autrui.

Pour un nombre très limité d'enfants hébergés en centre de réadaptation, des mesures de contrôle planifiées sont articulées. Elles s'appliquent lorsqu'une évaluation médicale de la condition de l'enfant recommande spécifiquement le recours à ces mesures et lorsque des comportements surviennent de façon récurrente chez un enfant sans que les mesures alternatives utilisées par le passé aient permis la reprise de contrôle chez celui-ci et que la mesure de contrôle devient une réponse attendue. Ces mesures planifiées doivent être inscrites au plan d'intervention et font l'objet d'une révision fréquente conformément aux balises législatives entourant les plans d'intervention.

Pour la grande majorité des enfants hébergés, les mesures de contrôle sont non planifiées, car elles répondent à une intervention réalisée en réponse à un comportement inattendu, souvent impulsif et par conséquent non prévu, qui met en danger de façon imminente la sécurité de l'enfant ou celle d'autrui. En tout temps, les équipes appliquent et recherchent d'autres interventions ou des mesures alternatives (principes OMÉGA, interventions privilégiées au plan

d'intervention de l'enfant, autres interventions de remplacement aux mesures de contrôle, etc.) afin que les mesures de contrôle ne soient utilisées qu'en dernier recours.

Principaux constats :

- Comme pour les années précédentes, les mesures de contentions et d'isolement sont majoritairement en CRJDA;
- Les mesures de contrôle ne sont pas autorisées en RI-RTF;
- Pour l'unité de pédiatrie, une seule contention chimique a été utilisée auprès d'un usager;
- Pour le service de pédopsychiatrie, sur un total de 94 enfants hébergés, 5 épisodes d'isolement ont été répertoriés pour 5 jeunes;
- Pour le service d'adopsychiatrie, sur un total de 185 jeunes hébergés, 13 épisodes d'isolement ont été répertoriés (dont deux impliquant une administration médicamenteuse) pour 11 jeunes;
- De façon globale, les proportions de jeunes en CRJDA concernés par les mesures demeurent comparables à l'an passé, soit 35 % des jeunes hébergés pour les mesures de contention et 22 % pour les mesures d'isolement;
- Le nombre de mesures d'isolement a légèrement diminué de 23 interventions en comparaison avec l'an passé, pour quatre jeunes en moins;
- Le nombre de mesures de contention a, pour sa part, légèrement augmenté de 14 interventions en comparaison avec l'an passé, mais cela a touché trois jeunes de plus.

Les priorités pour la DJ et la DPJ pour 2021-2022 visent les éléments suivants :

- Afin de limiter l'utilisation des mesures de contrôle (contention et isolement) non planifiées, il est primordial de :
 - S'assurer que chaque jeune ait un plan de séjour individualisé en CRJDA
 - S'assurer que chaque jeune ait un plan d'intervention et/ou un plan de service individualisé mis à jour par la DPJ
 - Viser des principes de cohérence, continuité et stabilité dans la programmation des unités (routines, rituels, attentes claires et connues), car la prévisibilité est rassurante pour les enfants et les jeunes et diminue l'état anxieux ou émotif
 - Bonifier le soutien clinique offert aux éducateurs;
- Assurer le suivi de l'actualisation du plan d'action sur la révision de la mission et de la programmation des unités d'encadrement intensif pour les mesures de contrôle non planifiées;
- Assurer une vigie des différents secteurs en ce qui a trait à l'utilisation des mesures de contrôle afin d'avoir un plan adapté aux nouvelles situations psychosociales liées à la pandémie.

Direction de la Santé mentale et dépendance (DSMD)

À la DSMD, la clientèle présente des troubles mentaux graves, bien souvent avec des troubles fonctionnels et relationnels importants. Les usagers peuvent être désorganisés dans leur pensée et peuvent également présenter des troubles de comportement.

Les mesures exceptionnelles de contrôle utilisées sont: la contention physique, la contention chimique et l'isolement. En termes de mesures de prévention ou d'atténuation, voici quelques données sur les stratégies utilisées durant les 446 épisodes de mesures exceptionnelles de contrôle :

- Des mesures alternatives ont été tentées 345 fois avant d'enclencher une mesure de contrôle, soit dans une proportion de 77 %;
- Le plan de chambre est un moyen moins intrusif qui a été utilisé 116 fois, soit dans une proportion de 1 épisode /4;
- La présence d'un plan proactif fut notée 58 fois, soit 13 % du temps.

Les mesures sont planifiées et leur durée est circonscrite. Elles servent plutôt à éviter l'errance et les chutes plutôt qu'à limiter les mouvements en lien avec l'agressivité. Pour la clientèle aînée, l'utilisation de chaises géométriques avec table est possible.

Cette année, le plan proactif de mesure de contrôle a été intégré à même le processus de cheminement clinique (doit être fait à l'admission ou après la première utilisation de mesure de contrôle). L'utilisation du plan de chambre sur certaines unités permet également une excellente alternative à la mesure de contrôle et le plan est élaboré en concertation et avec le consentement de l'usager. Différentes mesures alternatives à l'utilisation de mesures de contrôle existent : les formations (OMÉGA, qui est donnée dans l'ensemble des unités de soins, et la formation sur la politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle), le suivi post-événement (tout événement associé à une intervention de crise avec violence fait l'objet d'une analyse afin d'identifier les causes et les pistes d'amélioration) et le déploiement du plan proactif.

Principaux constats :

- Les mesures de contrôle sont moins souvent planifiées (environ 1 fois /3 en 2020-2021) en raison des éléments d'impulsivité et de crise qui sont présents au sein de notre clientèle. Le registre des mesures a été amélioré afin d'offrir des informations en continu aux gestionnaires;
- Pour cette année, 446 mesures exceptionnelles de contrôle ont été utilisées. Il est à noter qu'il peut y avoir deux mesures de contrôle dans un seul épisode. De plus, une augmentation de l'utilisation des mesures de contrôle ainsi qu'un changement de pratique ont été constatés quant aux types de mesures suivantes : augmentation du nombre d'isolements (+28 %), baisse du nombre de contentions physiques (-91 %) et maintien du nombre de contentions chimiques;
- 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;
- L'utilisation du plan proactif (celui-ci est fait soit à l'admission ou au premier épisode de mesure de contrôle);
- L'utilisation du plan de chambre sur certaines unités. Cette méthode non intrusive contribue à résorber la situation de crise ou de tension. Le plan de chambre est discuté avec l'usager et le consentement est toujours recherché.

Les priorités pour la DSMD pour la prochaine année visent à mettre en place des alternatives à l'utilisation des mesures de contrôle (poursuivre les activités de formation et l'implantation du plan proactif) et faire un suivi régulier des situations déclarées comme mesures de contrôle (formation des agents et agentes) sur la saisie et le suivi des données au registre des mesures de contrôle).

Direction des soins infirmiers (DSI)

À la direction des soins infirmiers, les mesures de contrôle ont été appliquées en grande partie sur les unités de soins intensifs, les unités hospitalières et aux urgences. Elles sont utilisées pour la clientèle à risque de chute avec conséquences, à risque d'agressivité ou de violence envers soi-même et de façon planifiée aux soins intensifs pour éviter l'interférence aux traitements ou pour le risque d'errance ou de fugue. Environ 90 % des mesures de contrôle appliquées aux soins intensifs étaient planifiées, alors que sur les unités hospitalières et aux urgences, ce sont des mesures de contrôle non planifiées dans environ 75 % des cas.

Les mesures de contrôle qui ont été utilisées à la DSI sont : les attache-poignets et attache-chevilles, la ceinture abdominale au fauteuil et au lit, la ceinture pelvienne, la ceinture en Y au fauteuil, la chambre isolement, la combinaison à 5 points, la combinaison Argentino, les côtés de lits, la demi-porte, la tablette amovible au fauteuil et la contention chimique. La DSI est actuellement en processus de remplacement de la contention Argentino pour un système d'attaches à 5 points.

Un algorithme de décision de mesures alternatives a été fait et diffusé à l'ensemble du personnel au courant de l'année.

Principaux constats :

- La procédure, la déclaration et évaluation d'une mesure de contrôle, le formulaire de surveillance de l'application d'une mesure de contrôle ainsi que le guide d'utilisation des mesures ont été adoptés par l'établissement en 2018 et 2019. Nous avons également un registre des mesures de contrôle mis à jour en 2019. On constate que les formulaires sont remplis, mais que la saisie au registre n'est pas toujours effectuée;
- En début 2020, des séances et activités de formation et sensibilisation ont été déployées dans chaque centre hospitalier en lien avec le respect de la politique et procédure. Ces activités devraient être répétées de façon annuelle;
- Dès qu'une contention est appliquée, elle est inscrite au plan thérapeutique infirmier (PTI).

Les priorités pour la DSI visent à s'assurer de la connaissance de la procédure pour l'ensemble du personnel, à la maîtrise du guide d'application d'une contention pour l'ensemble du personnel, à s'assurer d'une réévaluation régulière lors de l'instauration d'une mesure de contrôle, à impliquer davantage les familles avec l'approche « meilleurs ensemble » afin qu'elles participent davantage aux soins de l'usager.

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 :

Commissaires aux plaintes et à la qualité des services (CPQS)

Aperçu des thématiques abordées par les recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations (20)

En 2020-2021, de l'analyse et du traitement des 415 dossiers de plaintes et des 176 interventions portées à l'attention de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, 21 dossiers ont mené à la formulation de recommandations adressées à l'établissement, ce qui constitue des mesures d'amélioration de la qualité des soins et services. Il importe de savoir que toutes les recommandations sont présentées au Comité de vigilance et de la qualité (CVQ), qui a le devoir de veiller à s'assurer qu'un suivi soit apporté à chacune d'elles. (LSSSS, art. 181.0.1, art. 181.0.3).

Motifs	Recommandations (s)	Mesures	Réalisation
Organisation du milieu et ressources matérielles	➤ Que sous la supervision de la Direction qualité, évaluation, performance et éthique, la RPA mette en place un sondage pour les étapes d'intégration des nouveaux résidents, et ce, d'ici le 30 octobre 2020 et puis par la suite, annuellement. Que la RPA transmette à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, d'ici le 30 novembre 2020 puis annuellement : l'analyse des résultats du sondage, le plan d'action pour corriger les écarts.	➤ Élaboration d'un sondage ➤ Analyse des résultats du sondage ➤ Élaboration d'un plan d'action pour corriger les écarts	En cours
Relations interpersonnelles	➤ Que la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques et à la Direction des soins infirmiers travaille conjointement à l'élaboration d'une formation pour le personnel des urgences du CISSS de l'Outaouais sur les communications efficaces avec la clientèle des urgences, et ce, d'ici le 30 septembre 2020.	Transmission du plan de formation	En cours

Motifs	Recommandations (s)	Mesures	Réalisation
Soins et services dispensés	➤ Que la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées et la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique en collaboration avec la RPA Village Riviera mette en place un mécanisme permettant d'assurer une vigie des comportements à risque chez tout nouveau résident désorienté et les indiquer au plan d'intervention du résident concerné.	Mise en place d'un mécanisme permettant d'assurer une vigie des comportements à risque chez tout nouveau résident désorienté et les indiquer au plan d'intervention du résident concerné	En cours
	➤ Que la direction des soins infirmiers rencontre la gestionnaire intérimaire ainsi que les infirmières au triage impliquées dans cette situation à l'égard de leurs manquements et qu'une formation immédiate leur soit donnée à l'égard l'ordonnance collective pour initier le traitement du bronchospasme chez l'enfant à l'urgence de 2 ans à 17 ans. Confirmer par écrit à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services que la rencontre a eu lieu, les mesures d'encadrement prises et que la formation a été donnée.	Une rencontre a eu lieu avec la gestionnaire intérimaire de l'urgence et le personnel infirmier afin de revoir l'ordonnance collective (OC) du bronchospasme chez l'enfant. Des éléments ont été soulevés et une révision de l'OC a été réalisée.	Réalisée
	➤ Que la Direction des soins infirmiers assure un encadrement clinique et procède à un audit de dossiers des infirmières impliquées auprès de l'usagère. Que la DSI fasse parvenir à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services le plan d'encadrement clinique ainsi que les résultats d'audits.	Faire parvenir le plan d'encadrement clinique ainsi que les résultats d'audits	En cours
	➤ Que la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées mette en place les moyens pour s'assurer que les soins d'hygiène bucco-dentaire des résidents soient effectués quotidiennement.	Des rappels seront faits par l'infirmière auprès du personnel de soins d'assistance 4 fois par année.	Réalisée

Motifs	Recommandations (s)	Mesures	Réalisation
	➤ Que la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées en collaboration avec la RPA s'assure de mettre en place un plan d'intervention individualisé pour les usagers connus admis à la RPA.	Des plans d'intervention individualisés pour les usagers connus admis à la RPA sont en place.	Réalisée
	➤ Que la Direction programmes santé mentale et dépendance implique l'utilisateur et ses proches dans la détermination et la révision du plan d'intervention, leur procurant l'information nécessaire à une prise de décision éclairée et permettant l'implication des proches dans le rétablissement de l'utilisateur et utiliser les technologies pour l'organisation des rencontres, au besoin.	Note de service émise aux exploitants des résidences privées pour aînés de l'Outaouais.	Réalisée
Droits particuliers	➤ Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique voit au respect des droits des résidents en résidence privée pour aînés (RPA) eu égard la légalité des documents de représentation par mandat ou par régime de protection.	Note de service émise aux exploitants des RPA, faisant rappel de l'importance de prendre connaissance des documents de représentation par mandat de protection ou par régime de protection pour les résidents et de la responsabilité des exploitants de bien connaître le contenu du mandat ou du régime de protection afin d'éviter toute erreur et de s'assurer de la légalité des documents, avant de prendre des décisions pouvant enlever ou restreindre les droits des résidents ou de leurs proches.	Réalisée
Organisation du milieu et ressources	➤ Que la direction des soins infirmiers s'assure que la notion des zones vertes, jaunes et rouges soit comprise et	Rappel au personnel infirmier sur les notions des zones vertes, jaunes et rouges des salles	Réalisée

Motifs	Recommandations (s)	Mesures	Réalisation
matérielles	appliquée par le personnel infirmier de l'urgence de Gatineau, et ce, immédiatement.	d'urgence de Gatineau et des autres urgences en ce qui concerne la trajectoire à emprunter pour les usagers qui présentent des symptômes d'allure COVID et pour les patients COVID positifs	
	➤ Que la Direction des technologies biomédicales et de l'information, la Direction de la qualité, évaluation, performance éthique et la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique du CISSS de l'Outaouais adoptent un système automatique de transmission des feuilles sommaires d'hospitalisation, des visites à l'urgence et aux cliniques externes au médecin traitant afin de faciliter la continuité de soins.	Mise en place d'un système automatique de transmission des feuilles sommaires d'hospitalisation, des visites à l'urgence et aux cliniques externes au médecin traitant afin de faciliter la continuité de soins	En cours
	➤ Que la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées envoie les résultats des audits de juillet 2020, août 2020 et février 2021 sur l'hygiène bucco-dentaire des résidents et, le cas échéant, le plan de corrections des écarts, d'ici le 16 septembre 2020 pour les audits de juillet et août 2020 et d'ici mars 2021 pour les audits de février 2021.	➤ Les employés du CHSLD ont été formés pour le Programme québécois de soins bucco-dentaires et de soins d'hygiène de la bouche en CHSLD. ➤ Les formations se poursuivront en continu afin d'assurer une offre de service de qualité et selon les règles en vigueur.	Réalisée
	➤ Que la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées fasse un rappel aux exploitants des RPA Village Riviera, De l'Île et Le District, à l'égard de leurs responsabilités pour les soins d'hygiène et les services prévus au bail, bénéficiant ou non d'un ajout de services via une agence privée	Émettre un rappel aux exploitants des RPA ciblés	En cours

Motifs	Recommandations (s)	Mesures	Réalisation
	externe.		
	➤ Que la Direction des soins infirmiers forme les infirmières de l'urgence de l'hôpital de Gatineau sur le bronchospasme chez l'enfant et l'application de l'ordonnance collective à cet égard, et ce, d'ici le 27 octobre 2020. Fournir à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, les documents démontrant que la formation a été donnée.	L'ordonnance collective du bronchospasme chez l'enfant a été révisée et améliorée, et adoptée au CMDP.	Réalisée
	➤ Que la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées en collaboration avec la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, s'assure d'un contrôle de qualité rigoureux dans les meilleurs délais, permettant d'identifier les risques et prenne les mesures nécessaires pour éviter l'apparition ou la récurrence d'événements indésirables, assurant ainsi aux usagers les services répondant à leurs besoins (services de soutien ou d'assistance communs et particuliers offerts par la RI Manoir Gatineau ainsi que les services cliniques ou professionnels offerts par la DSAPA) en conformité avec le Cadre de référence RI-RTF.	Informé mensuellement la Commissaire de l'évolution de la situation à la RI Manoir Gatineau, et ce, à compter du 16 mars 2021	En cours
	➤ Que la Direction des programmes santé mentale et dépendance veille à ce que la planification des congés respecte la Politique P-053 afin d'assurer une continuité de soins claire et sécuritaire, y compris l'information à la famille.	Un plan d'amélioration en soutien à la pratique des professionnels a été élaboré et les actions ont permis d'assurer une meilleure planification sécuritaire du congé en psychiatrie et en santé mentale. ➤ Un formulaire de cheminement clinique dès l'admission a été mis en place.	Réalisée

Motifs	Recommandations (s)	Mesures	Réalisation
	➤ Que la Direction des programmes santé mentale et dépendance veille à ce que les usagers des unités de soins aient accès à un téléphone en tout temps, dans un espace privé, conformément à leur droit.	Téléphone portable mis à la disposition des usagers sur l'unité	Réalisée
Relations inter-personnelles	➤ Que la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques enquête sur la pratique où la conduite de l'employée qui soulève des questions d'ordre disciplinaire.	➤ Mesure d'encadrement mise en place pour 2 dossiers ➤ Aucune mesure pour un dossier	Réalisées

Le Protecteur du citoyen

Liste des recommandations adressées à l'établissement par le Protecteur du citoyen (11)

Au cours de la dernière année, le Protecteur du Citoyen a traité 39 dossiers en 2^e recours et une intervention a été soumise à l'Établissement. De ces 40 dossiers, 11 recommandations ont été formulées à l'Établissement. Ces recommandations, présentées au comité de vigilance et de la qualité ont amené les mesures correctives suivantes.

Direction(s) visée(s)	Recommandations	Mesures mises en place	Réalisation
Direction des programmes santé mentale et dépendance	➤ Prenne les moyens nécessaires afin de baliser la gestion d'affaires des biens personnels d'un usager inapte et d'en informer tous les membres du personnel de l'Hôpital Pierre-Janet susceptibles d'être impliqués dans cette démarche. Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 2 octobre 2020 (si possible étant donné la pandémie).	Plan d'amélioration afin d'élaborer une directive organisationnelle permettant de guider les équipes professionnelles dans les étapes de décision sur les questions de gestion d'affaires personnelles d'un usager majeur inapte	Réalisée
Direction des programmes santé mentale et dépendance	➤ Dispense une formation aux intervenants de la Direction des programmes de santé mentale et de dépendances sur le partage d'informations confidentielles entre leur direction et la Direction de la	Sensibilisation et formation des intervenants sur les notions de partage d'information, de confidentialité et de	Réalisée

Direction(s) visée(s)	Recommandations	Mesures mises en place	Réalisation
	protection de la jeunesse. Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre ces objectifs d'ici le 27 novembre 2020.	consentement de l'utilisateur	
Direction des services multidisciplinaires et à la communauté	➤ Que le CISSS de l'Outaouais vous rembourse, dans les 10 jours de la réception des présentes conclusions, la somme de 132 \$ que vous avez déboursée le 26 août 2020 pour votre transport ambulancier du 13 avril 2020.	Remboursement des frais de transport ambulancier	Réalisée
Direction des soins infirmiers	➤ Rembourser à l'usagère la moitié de la facture qui lui a été adressée; Démontrer au Protecteur du citoyen que des mesures ont été prises pour atteindre cet objectif d'ici le 29 janvier 2021.	Remboursement des frais de transport ambulancier	Réalisée
	➤ Rappeler au personnel infirmier du 8e Est l'importance de s'assurer de la perméabilité de l'accès intraveineux et de l'accès épidural. Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 15 mai 2021, que ce rappel a été effectué en indiquant le moyen qui a été utilisé pour le réaliser.		En cours
	➤ Rappeler au personnel infirmier du 8e Est de documenter ses interventions, particulièrement concernant la perméabilité de l'accès intraveineux et de l'accès épidural. Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 15 mai 2021, que ce rappel a été effectué en indiquant le moyen qui a été utilisé pour le réaliser.		En cours
	➤ Rappeler au personnel du 8e Est l'importance d'aider les usagers et les usagères à compléter leurs soins d'hygiène et à retirer le matériel collant et difficilement accessible. Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 15 mai 2021, que ce rappel a été effectué en indiquant le moyen qui a été utilisé pour le réaliser.		En cours

Direction(s) visée(s)	Recommandations	Mesures mises en place	Réalisation
Direction des ressources financières (DRF)	➤ Améliorer le formulaire et en offrir une version en anglais aux usagers non-résidents; Démontrer au Protecteur du citoyen que des mesures ont été prises pour atteindre cet objectif d'ici le 29 janvier 2021.	Formulaire de responsabilité de paiement des frais à l'urgence pour hors résident revu	Réalisée
	➤ Cesser de demander aux usagers non-résidents une avance qui totalise un montant qui dépasse ce qui est prévu à la circulaire; Démontrer au Protecteur du citoyen que des mesures ont été prises pour atteindre cet objectif d'ici le 12 novembre 2020.	Mesure corrective réalisée	
	➤ Retirer du formulaire la demande d'un dépôt de 1 200\$. Démontrer au Protecteur de citoyen que des mesures ont été prises pour atteindre cet objectif d'ici le 29 janvier 2021.	Montant retiré du formulaire	Réalisée
Direction de la protection de la jeunesse	➤ Fournir aux délégués de la DPJ une formation ciblée sur le secret professionnel et la confidentialité des renseignements obtenus dans le cadre de leurs fonctions, selon les lois en vigueur. Démontrer au Protecteur du citoyen d'ici le 30 octobre 2021 que la recommandation est réalisée, en lui envoyant une copie du contenu de la formation, les dates de cette formation, ainsi que la liste des participants.		En cours

Le Coroner

Liste des recommandations adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suite à celles-ci.

Pour l'année 2020-2021, nous avons reçu 10 rapports de coroner. De ce nombre, 16 recommandations ont été émises. Pour l'ensemble des rapports, deux (2) décès sont de cause naturelle, cinq (5) décès sont des décès de nature accidentelle et quatre (4) décès sont de type suicide.

Voici les recommandations reçues du Bureau du Coroner ainsi que les mesures correctives qui ont été mises en place.

Rapport 1

Au CISSSO, « *De réviser les critères d'octroi de congé temporaire en santé mentale* ».

Mesures :

Suite à ce rapport, il y a eu déploiement d'un plan de formation spécifique aux infirmières-techniciennes sur l'évaluation de l'état physique et de l'état mental. De plus, il y a eu formation d'un comité de travail permanent sur l'amélioration des pratiques cliniques en milieu hospitalier et une recension des modèles de procédures a été effectuée. Des démarches ont également été faites en lien avec la procédure sur les niveaux de surveillance, l'identification des responsabilités, des tâches et des outils en lien avec les critères d'octroi d'un congé temporaire et il y a eu mise en place d'un plan de communication.

Rapport 2

Que le Centre Intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais et l'Hôpital de Gatineau revoient l'analyse du dossier complet de l'hospitalisation de l'utilisateur à partir du début de son admission jusqu'à son congé temporaire le 9 mai et de l'inscription de la note tardive du 10 mai;

« *Les motifs pour l'absence de suivi pour la demande en garde provisoire pourtant recommandée quatre jours avant l'autorisation de congé temporaire* »;

« *S'il y a des lacunes dans l'autorisation du congé temporaire accordé et identifient les motifs de l'absence de notification aux services sociaux et à la famille lors de l'autorisation du congé temporaire, et apportent les correctifs requis, le cas échéant* ».

Mesures :

Le conseil des médecins dentistes et pharmaciens (CMDP) a procédé à la révision du dossier. Une demande de révision de ce même dossier a été faite au département de psychiatrie par le CMDP. Un suivi a été fait au comité central d'évaluation de l'acte médical pour recommandations, conformément aux dispositions à la LSSS.

La Direction des services professionnels et de la pertinence clinique, conjointement avec la Direction des programmes santé mentale et dépendance ainsi que la Direction des soins infirmiers, ont parallèlement entrepris des travaux pour réviser les critères d'octroi des

congés temporaires et la mécanique qui les entoure. Un plan d'amélioration continue de la qualité a été réalisé.

Rapport 3

Que le Centre de santé et des services sociaux de l'Outaouais et l'Hôpital de Papineau :

« revoient l'analyse du dossier de X à partir du premier diagnostic de trouble anxieux en avril 2018 jusqu'à celui de bipolarité en août 2018 et jusqu'à son congé définitif le 17 septembre. »;

« revoient la diligence des soins et du suivi de la prescription de la lamotrigine à partir du 6 août 2018 et la pertinence du maintien de la médication malgré l'apparente faible efficacité du médicament, la détérioration clinique de X et ses préoccupations et celles de ses proches du lien possible avec la lamotrigine lors de son hospitalisation psychiatrique à l'Hôpital de Papineau »;

« revoient s'il y a eu des lacunes dans l'autorisation de congé temporaire accordé et du processus définitif, et identifient les motifs de l'absence de notification aux services sociaux lors de l'autorisation de congé temporaire, et apportent les correctifs requis, le cas échéant »;

« explorent la pertinence d'ajouter à la Directive - Droits de circulation des usagers inscrits et hospitalisés en santé mentale en fonction de leur statut légal, l'obligation d'être vu par le psychiatre pour que celui-ci détermine si un patient bénéficiant d'un congé temporaire qui a présenté des risques suicidaires modérés à élevés, est apte à recevoir un congé définitif, sous réserve d'un suivi externe rapide des intervenants sociaux ».

Mesures :

Le conseil des médecins dentistes et pharmaciens (CMDP) a reçu les recommandations et une demande de révision de ce dossier a été faite au département de psychiatrie par le CMDP. Un suivi sera fait au comité d'évaluation de l'acte médical du CMDP. Le département de pharmacie a révisé le deuxième point. La Direction des services professionnels et de la pertinence clinique, conjointement avec la Direction des programmes santé mentale et dépendance ainsi que la Direction des soins infirmiers, ont parallèlement entrepris des travaux sur la mécanique des congés temporaires et ont élaboré un plan d'amélioration continue de la qualité.

Rapport 4

« Au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, dont fait partie l'Hôpital du Pontiac, d'effectuer une enquête sur la qualité de l'acte professionnel et des soins dispensés à X et de prendre toutes les mesures appropriées si nécessaires. »

Mesures:

La direction des services professionnels et de la pertinence clinique, la Direction des services multidisciplinaires et à la communauté et la Direction des soins infirmiers ont entrepris des travaux pour actualiser cette recommandation. Cette démarche est issue d'un partenariat en cogestion médicale pour mener une démarche d'amélioration de la qualité des services. Ce partenariat inclut une analyse de la situation, de même qu'une révision de la trajectoire des paramédics pour la région du Parc de la Vérendrye et enfin, une révision

des outils de travail et de la formation pour les médecins et le personnel concerné. Le dossier a été analysé par le comité local de traumatologie du Pontiac et a été soumis au comité central de l'évaluation de l'acte pour analyse.

Rapport 5

« D'évaluer la qualité des services ambulanciers dispensés à X et la justesse de la décision de transporter l'utilisateur directement à l'Hôpital de Hull et de prendre toutes les mesures nécessaires et appropriées eu égard à la situation le cas échéant. ».

Mesures:

La direction des soins infirmiers en collaboration avec le chef médical de la Coopérative des paramédics de l'Outaouais (CPO) a entrepris des travaux pour actualiser cette recommandation. Ces travaux sont issus d'un partenariat en cogestion médicale pour mener une démarche d'amélioration de la qualité des services incluant une analyse de la situation par le comité local de traumatologie du Pontiac. Une analyse a été réalisée par le Directeur médical régional.

Rapport 6

« De réviser le dossier de X et de prendre les mesures qui apparaissent nécessaires. »

Mesure :

Le dossier a été révisé et transmis au comité d'évaluation de l'acte médical central pour une analyse plus approfondie. Concernant le volet résidence intermédiaire (RI), un suivi a été effectué auprès du personnel en lien avec les protocoles à suivre.

Rapport 7

« Au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO) de rappeler à ses diverses ressources non institutionnelles (RNI) l'importance de prendre en compte les risques de complications des résidents anticoagulés qu'ils hébergent, lors de chute. »

Mesure :

Un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) a été élaboré. De plus, un avis clinique de l'équipe de soutien à la pratique de la Direction des soins infirmiers a été rédigé et diffusé à toutes les RNI et aux intervenants des directions cliniques.

Rapport 8

« D'introduire une procédure d'évaluation formelle du risque suicidaire pour tous les patients admis sur une unité psychiatrique et que cette évaluation soit colligée au dossier selon le formulaire prescrit. »

Mesures :

En lien avec le suivi des grands dossiers organisationnels en prévention du suicide, la mise en place du suivi étroit a débuté en janvier 2021 afin d'implanter l'évaluation du risque suicidaire et la relance post-hospitalisation auprès de la clientèle ayant vécu une situation de risque suicidaire. L'évaluation du risque suicidaire par l'infirmière a été incluse dans le processus de cheminement clinique et le déploiement a été amorcé sur l'ensemble des

unités de psychiatrie. Un plan d'amélioration de la qualité des soins infirmiers a été déployé dans les unités psychiatriques. Une deuxième conseillère en soins a également été ajoutée récemment, afin de soutenir la diffusion et l'implantation des processus cliniques.

Rapport 9

« Au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO) de faire une vérification dans le DSQ (Dossier santé Québec) lors d'une admission dans une unité de santé mentale afin de déterminer si l'usager a eu un examen médical dans la dernière année et en faire la demande le cas échéant;

De s'assurer de la validité des informations transmises quant aux personnes contactées et niveau de soins lors d'un transfert dans une unité de soins ou résidence intermédiaire. »

Mesure :

En cours d'analyse.

Rapport 10

D'envoyer immédiatement, avant les conclusions du comité de travail, une consigne à l'ensemble des Résidences intermédiaires sur son territoire à l'effet de demander une consultation médicale dès qu'un bénéficiaire fait une chute et se plaint de douleur.

Mesure :

En cours d'analyse.

Les autres instances

Les médecins examinateurs

En 2020-2021, de l'analyse et du traitement des 100 dossiers de plaintes portés à l'attention des médecins examinateurs, 6 dossiers ont mené à la formulation de recommandations adressées à l'établissement, qui constituent des mesures d'amélioration de la qualité des soins et services. Voici un aperçu des thématiques abordées par les recommandations des médecins examinateurs et des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations (6).

Motifs	Mesure (s)	Réalisation
Soins et services dispensés	➤ Que le comité des tumeurs du sein de Hull organise une réunion spéciale pour discuter de votre dossier. Cette réunion devra nécessairement réunir un radiologiste, un pathologiste, un chirurgien et un oncologue. Le comité aura comme seul objectif de trouver une solution pour diminuer le risque que cette situation ne se reproduise et il devra produire un rapport qui sera envoyé au médecin examinateur.	En cours
	➤ Que le comité de coordination des (comités du diagnostic et du traitement du cancer) CDTC s'assure qu'il y ait une trajectoire thérapeutique pour le cancer du sein en Outaouais pour créer une homogénéité des pratiques.	En cours
Organisation	➤ Que le CISSS de l'Outaouais adopte un système de gestion de la transmission des requêtes et des résultats d'examens incluant	En cours

Motifs	Mesure (s)	Réalisation
du milieu et ressources matérielles	des fonctions de traçabilité transactionnelles.	
	➤ Que le CISSS de l'Outaouais adopte un guide d'évaluation et de traitement du délirium agité chez la personne âgée. Ce guide devra être transmis à tous les médecins qui hospitalisent des patients de plus de 60 ans dans nos établissements.	En cours
	➤ Que le service de chirurgie vasculaire du CISSS de l'Outaouais organise 4 réunions par année d'évaluation de morbidité-mortalité. Ces réunions devront se faire en présence d'un 3e chirurgien vasculaire indépendant qui pourra agir comme observateur et médiateur. La première réunion devant inclure la révision de deux dossiers. ○ Excellente prise en charge médicale et révision réalisée.	Réalisée
	➤ Que le CISSS de l'Outaouais s'assure que le comité de coordination des comités diagnostics et du traitement des cancers (CDTC) remplisse sa mission régionale.	En cours

Inspections professionnelles

Le 2 octobre 2020, l'Association canadienne des radiologistes a confirmé notre accréditation pour le Programme d'agrément en mammographie pour le centre hospitalier du Pontiac, et ce, pour une période de 2 ans.

Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

Le CUCI a transmis deux recommandations à l'établissement le 31 mars 2021 :

- 1. Que le CISSS de l'Outaouais mette en place des moyens concrets pour améliorer la consultation de l'ensemble de la population et peaufiner sa communication portant sur les dossiers tels que le plan clinique et les services de proximité;*
- 2. Que le CISSS de l'Outaouais s'assure du maintien ou du développement des services de proximité, et ce, surtout pour les territoires ruraux.*

En cours de réalisation pour 2021-2022.

Compte tenu de la pandémie, aucune autre visite ou inspection n'a eu lieu en 2020-2021.

5.3 Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission

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 (1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021) :

	Mission CH	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	773	773
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	126
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	109	109
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	401
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant renouvellement d'une garde autorisée)	352	352

Veillez noter qu'il n'y a eu aucune mise sous garde pour les missions CHSLD, CLSC et centre de réadaptation (CR) en 2020-2021 dans notre établissement.

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 : <https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/> à la section « MON CISSS ».

5.5 L'information et la consultation de la population

En tant qu'organisme public et établissement de santé, le CISSS de l'Outaouais a le devoir de répondre aux questions des médias et d'informer la population. En cette année de pandémie de la COVID-19, la nécessité de communiquer a été plus cruciale que jamais. Le contexte effervescent et l'importance des messages à transmettre à la population et aux multiples partenaires du réseau ont nécessité une vigie de tous les instants ainsi qu'une extraordinaire capacité d'adaptation de l'ensemble de l'établissement et plus particulièrement de la haute direction et du service des communications.

La communication au cœur de la pandémie...

- 112 communiqués de presse
- 2 507 demandes médias (805 demandes médias en 2019-2020, ↑ 210 %)
- 4 597 925 pages vues sur le site Web (↑ 125 %)
- 13 819 abonnés Facebook (↑ 94 %)
- 67 capsules vidéo
- 219 bulletins (Info COVID – Info Famille et RI-RTF – vaccination)

Chaque année, les membres du conseil d'administration rencontrent les citoyens via une tournée d'information. Encore une fois, la pandémie est venue bouleverser les façons de faire. Ainsi, faute de pouvoir se déplacer, le conseil d'administration a tenu une séance annuelle d'information virtuelle. Au total, plus de 35 citoyens de l'Outaouais y ont participé le 10 décembre 2020.

La population de l'Outaouais peut aussi participer à toutes les assemblées publiques du conseil d'administration. Les citoyens peuvent y prendre la parole pendant la période de questions. Questions auxquelles les membres se font un devoir de répondre.

La communication sous toutes ses formes...

Au CISSS de l'Outaouais, communiquer est aussi une façon de s'améliorer. Ainsi, l'intégration de patients partenaires à des comités de travail et de recherche est un excellent moyen pour consulter les usagers.

Pour sa part, le site Web est utilisé pour les communications plus formelles, tels le service de l'accès à l'information (RLRQ, c.A-2.1, règlement 2) et les informations relatives au bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

L'équipe du programme de soutien aux organismes communautaires transmet aussi aux organismes communautaires les communiqués de presse, les ordres du jour du conseil d'administration, et deux fois par année, le registre des organismes communautaires. En plus de publier les activités des organismes communautaires en affichant, dans la section « *Actualités communautaires* » du site Web : <https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/>.

Enfin, le CISSS de l'Outaouais jouant un rôle central dans la communauté se doit d'entretenir des liens avec les divers acteurs de la région dont les élus (fédéraux, provinciaux et municipaux), les comités des usagers et les divers regroupements citoyens.

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

La Loi concernant les soins de fin de vie (L.L.R.Q., chapitre S-32.0001) est en vigueur depuis le 10 décembre 2015. Elle prévoit différentes dispositions qui permettent l'accès à des soins de fin de vie en toute légitimité et dignité. La loi possède une large portée et décrit les modalités pour permettre aux citoyens d'avoir accès à la sédation palliative continue (SPC) et à l'aide médicale à mourir (AMM). Elle prévoit aussi les aspects réglementaires permettant de rédiger des directives médicales anticipées (DMA) quant à certains soins de fin de vie, en conformité avec ce qui est prévu dans la loi à cet égard.

L'année 2019-2020 a été marquée par la mobilisation des instances consultatives et décisionnelles impliquées dans les suites qui devaient être données au jugement Baudoin de la Cour supérieure du Québec du 11 septembre 2019 dans la cause Truchon c. Procureur général du Canada, qui rendait inconstitutionnelle le critère de fin de vie (Loi 2 du Québec) et de mort naturelle raisonnablement prévisible (loi C-14 du fédéral) comme critères d'admissibilité à l'AMM.

Le 11 mars 2020, le gouvernement du Québec avait rendu inopérant le critère de fin de vie. Le gouvernement canadien a choisi de modifier le Code criminel par l'adoption de la loi C-7 le 17 mars 2021 (), après plusieurs extensions accordées par la Cour supérieure du Québec dans le contexte de difficultés liées à la lutte contre la pandémie COVID-19.

Plusieurs travaux sont en cours pour permettre aux différents intervenants touchés par les modifications aux lois d'ajuster les règlements et processus pour s'y conformer, et se dérouleront certainement sur plusieurs mois de par la portée majeure que les changements auront sur l'accessibilité à l'AMM.

En ce qui concerne le programme clinique de soins palliatifs et de soins de fin de vie, nous sommes en démarche constante d'amélioration des processus : révision de la gouvernance, consolidation du programme clinique et mises à jour des procédures AMM à domicile, en CHSLD et en milieu hospitalier, ne sont que quelques exemples de ce qui est en cours.

Afin d'améliorer le suivi des usagers, plusieurs actions ont été déployées durant l'année 2020-2021 :

- Poursuite de la formation des intervenants;
- Début du déploiement de l'outil de repérage PPSv2 dans les hôpitaux;
- Amélioration de l'offre de service au SAD;
- Révision, formation et déploiement d'un outil de suivi pour les Niveaux d'intervention médicale (NIM);
- Formation en maladies chroniques incluant la phase de fin de vie;
- Démarche de surveillance de la qualité des soins dans les maisons de soins palliatifs (automne 2020);
- Intégration des directrices des maisons de soins palliatifs au comité tactique.

Au plan statistique, au cours de la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2021 :

- 2721 patients ont bénéficié des soins de fin de vie au CISSS de l'Outaouais, dont 2602 en soins palliatifs;
- 69 sédations palliatives continues ont été administrées au cours de cette période, soit une augmentation de 50%. Plus de SPC sont déclarées cette année, en partie en lien aux efforts de sensibilisation et d'une meilleure connaissance de ce soin auprès des médecins;
- 50 AMM ont été administrées, soit une augmentation de 72 %, lorsque comparé à 2019-2020, ce qui veut dire qu'il y a 1 administration du soin par semaine. Il faut noter que les AMM administrées au domicile du patient sont en croissance, et qu'il n'y a toujours pas accès à ce soin en maison de soins palliatifs (MSP);
- Notons que cette année, 64 demandes d'AMM ont été répertoriées, soit une augmentation de 33%;
- Nous avons toujours le défi de répertorier l'ensemble des demandes formulées par les patients, puisqu'un certain nombre échappe au dénombrement global.

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE POUR LE CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CISSS) DE L'OUTAOUAIS

Rapport de la présidente-directrice générale 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 : 2020-2021

du: 01-avr-20 au: 31-mars-21

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre total de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs en centre hospitalier de courte durée pour la période du 2020-04-01 au 2021-03-31	510				510
	Nombre total de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour la période du 2020-04-01 au 2021-03-31		269			269
	Nombre total de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs à domicile pour la période du 2020-04-01 au 2021-03-31			1352		1352
	Nombre total de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs en maison de soins palliatifs pour la période du 2020-04-01 au 2021-03-31				471	471
		Total du nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie				2602
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées :	42	9	3	15	69
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées :	N/D	N/D	N/D	N/D	64
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées :	20	3	11	0	50
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs associés :	N/D				9
	Personne transférée vers un autre établissement (1)					
	Personnes ont retiré leur demande/ont changé d'avis (2)					
	Personnes décédées avant l'administration (3)					
Personne ne répondait pas aux conditions au moment de l'évaluation (2)						
Non connu (1)						
	Nombre d'aides médicales à mourir en attente de traitement					5

7. LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 Les ressources humaines du CISSS de l'Outaouais

Répartition de l'effectif en 2020 par catégorie de personnel

11045218 - CISSS de l'Outaouais	Nombre d'emplois au 31 mars 2020	Nombre d'ETC en 2019-2020
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2 739	2 220
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 779	2 110
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 535	1 290
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 261	1 930
5 – Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales *	70	61
6 – Personnel d'encadrement	309	303
Total	9 693	7 914

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

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

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

7.2 La gestion et 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 2020-2021

11045218 - CISSS de l'Outaouais	Comparaison sur 364 jours		
	2020-03-29 au 2021-03-27		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le secrétariat du Conseil du trésor (SCT)	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 – Personnel d'encadrement	570 835	41 138	611 972
2 – Personnel professionnel	2 484 379	44 275	2 528 654
3 – Personnel infirmier	4 089 257	342 310	4 431 566
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	7 169 534	351 527	7 521 060
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 496 462	55 866	1 552 327
6 – Étudiants et stagiaires	47 937	404	48 341
<i>Total 2020-2021</i>	15 858 402	835 519	16 693 921
<i>Total 2019-2020</i>			15 298 203
		Cible 2020-2021	16 592 961
		Écart	100 960
		Écart en %	0,6%

Explication de l'écart : Bien que la cible en heures travaillées pour 2020-2021 ait été rehaussée pour tenir compte de l'impact des nouveaux investissements annoncés et des heures additionnelles imputables à la pandémie de COVID-19, la hausse réelle pour notre établissement a été supérieure à celle escomptée, et par conséquent, nous avons légèrement dépassé la cible allouée.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Tableau des dépenses par programmes-services

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation ² des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart *	% **
Programmes-services						
Santé publique	18 417 227 \$	1,94%	44 421 055 \$	3,97%	26 003 828 \$	141,19%
Services généraux - activités cliniques et d'aide	48 076 284 \$	5,07%	56 086 091 \$	5,01%	8 009 807 \$	16,66%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	136 107 407 \$	14,37%	187 971 808 \$	16,79%	51 864 401 \$	38,11%
Déficiência physique	32 518 547 \$	3,43%	42 621 051 \$	3,81%	10 102 504 \$	31,07%
Déficiência intellectuelle et TSA	46 811 564 \$	4,94%	51 122 134 \$	4,57%	4 310 570 \$	9,21%
Jeunes en difficulté	61 067 883 \$	6,45%	67 453 560 \$	6,02%	6 385 677 \$	10,46%
Dépendances	6 356 596 \$	0,67%	7 780 186 \$	0,69%	1 423 590 \$	22,40%
Santé mentale	61 369 788 \$	6,48%	70 630 129 \$	6,31%	9 260 341 \$	15,09%
Santé physique	356 166 082 \$	37,59%	373 397 323 \$	33,35%	17 231 241 \$	4,84%
Programmes soutien						
Administration	55 343 826 \$	5,84%	60 862 374 \$	5,44%	5 518 548 \$	9,97%
Soutien aux services	68 634 607 \$	7,24%	80 553 898 \$	7,19%	11 919 291 \$	17,37%
Gestion des bâtiments et des équipements	56 507 696 \$	5,96%	76 799 889 \$	6,86%	20 292 193 \$	35,91%
Total	947 377 507 \$	100,00%	1 119 699 498 \$	100,00%	172 321 991 \$	18,19%
* : Écart entre les dépenses de l'année antérieure et celles de l'année financière terminée.						
** : Résultat de l'écart divisé par les dépenses de l'année antérieure.						

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Web du CISSS de l'Outaouais pour plus d'information sur les ressources financières :

<https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/>

8.2 L'équilibre budgétaire

Le résultat global de l'année financière se termine avec un surplus de 1 932 705 \$ présenté de la façon suivante :

- Fonds d'exploitation : surplus de 1 810 861 \$
- Fonds d'immobilisations : surplus de 121 844 \$

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 de ne pas encourir de déficit à la fin de l'année financière.

8.3 Les contrats de service

Les contrats de service, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021, sont les suivants :

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	3	172 500 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	97	30 437 060,35 \$
Total des contrats de service	100	30 609 560,35 \$

¹ Une 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. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Sommaire des réalisations annuelles en lien avec les priorités en ressources informationnelles et bénéfices générés

Les principaux projets liés aux ressources informationnelles réalisés en 2020-2021 et qui ont contribué à l'atteinte de la mission de l'organisation sont présentés ci-dessous. Ces réalisations ont eu un impact important sur la performance organisationnelle.

- La restructuration et la bonification de la structure de gestion et des services de la DTBI
Bénéfice généré : Améliorer la fiabilité et la sécurité de nos systèmes informatiques. Optimiser les interventions, la prise en charge et le suivi avec les utilisateurs. Préparer les équipes pour le virage de la transformation numérique.
- Le lancement du projet d'uniformisation d'index patient, Admission-Départ-Transfert (ADT) et la centrale de rendez-vous (estimé sur un horizon de 3 ans)
Bénéfice généré : Ce projet est une priorité importante pour améliorer la qualité des services à l'ensemble des usagers sur le territoire et permet également de délaisser un équipement avec une désuétude très avancée (âgé de plus de 35 ans).
- Le maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité. Les attentes spécifiques sont incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information.
Bénéfice généré : Conserver et améliorer la qualité de sécurité informationnelle de l'entière du système de l'information. Sensibiliser l'ensemble des employés avec les formations offertes.
- Lancement du plan directeur de sécurité informationnelle
Bénéfice généré : A permis de définir la maturité organisationnelle et d'établir une stratégie d'amélioration continue et d'investissement en alignement avec les priorités du MSSS et SCT en matière de la sécurité informationnelle (projet 2021-2025).
- Le déploiement de la migration Windows 7 vers le nouvel environnement Windows 10 a été complété.
Bénéfice généré : Diminuer considérablement les risques associés au niveau de la sécurité informationnelle et apporter une plus grande performance au niveau informatique et un arrimage plus facile avec nos partenaires externes.

- L'implantation d'un centre d'appel pour le suivi des enquêtes de la direction de la santé publique
Bénéfice généré : Possibilité pour la population de rejoindre facilement les ressources mises à leur disposition.
- L'octroi de plus de 1 800 jetons d'accès à distance dans la dernière année permettant, à ce jour, à plus de 3 800 utilisateurs de travailler à distance.
Bénéfice généré : A permis la continuité des services lors de la bascule vers le télétravail et l'accès aux ressources pour les usagers.
- La réception et la prise en charge de plus de 50 000 requêtes de service du centre de services à l'utilisateur, avec un taux d'environ 70 % de résolution à distance
Bénéfice généré : Une prise en charge rapide des requêtes et une résolution de problème plus efficace pour nos intervenants qui peuvent consacrer plus de temps pour les usagers.
- La distribution des tablettes dans les secteurs touchés par la pandémie
Bénéfice généré : Les usagers ont pu établir un lien avec leur famille et joindre plus facilement les professionnels de la santé.
- L'investissement de plus de 1,5 million de dollars pour la gestion de la désuétude de nos infrastructures technologiques et le lancement du projet sans-fil dans l'ensemble des installations (par phases)
Bénéfice généré : Une plus grande mobilité pour le personnel avec l'accès au réseau. Le projet étant sur une période de 2 ans, à échéance il permettra à la clientèle d'y avoir accès dans toutes les installations.
- Le déploiement de rehaussement de la téléphonie dans la région du RLS Vallée-de-la-Gatineau
Bénéfice généré : A permis d'améliorer l'accès à des communications de qualité et d'éliminer les risques liés à la désuétude des équipements.
- Le déploiement de télécomparution dans les processus juridiques
Bénéfice généré : A permis de faciliter les interventions des intervenants qui devaient témoigner et assurer qu'il n'y ait pas de bris de service ; cela a aussi permis de réduire les délais et de diminuer l'anxiété pour la clientèle.
- Le déploiement des outils de collaboration MO 365 dans le but de respecter les orientations du MSSS et améliorer la performance organisationnelle
Bénéfice généré : A permis un accès à une plus grande variété d'applications pour le personnel et les usagers (téléréadaptation, télémedecine...), ainsi qu'une uniformisation des outils utilisés.

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

Nom de l'établissement CISSS de l'Outaouais Tous les fonds		Code 1104-5218		Page / Idn. 140-00 /		exercice terminé le 31 mars 2021 - AUDITÉE	
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT							
Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers							
1.1.1. Étant donné le formulaire prescrit, les frais reportés liés à la dette, d'un montant de 2 054 259 \$ pour l'exercice terminé le 31 mars 2020 (2 032 604 \$ en 2019), ne sont pas présentés en diminution de la dette, mais plutôt présentés comme « autres actifs ».	2019-2020	0520 Commentaire	L'établissement se conforme aux directives du ministère. Cette situation est la même pour tous les établissements du réseau de la santé. En 2020-2021, le MSSS a modifié ses directives. L'établissement se conforme donc aux normes comptables.	0600 Réglié			
1.1.2. Les postes revenus de subvention MSSS et débiteurs - MSSS sont sous-évalués d'un montant de 2 646 999 \$ au 31 mars 2020, car les sommes à recevoir pour les hausses de dépenses en médicaments provenant du ministère ont été confirmées tardivement par le MSSS.	2019-2020	0520 Commentaire	Cette sous-évaluation du compte à recevoir était due au fait que le CISSS de l'Outaouais n'avait pas reçu les confirmations du MSSS pour les comptes à recevoir au moment de la production de ses états financiers. Ceux-ci ont été reçus après la production des états financiers en raison de la situation exceptionnelle de la pandémie de COVID-19. La situation a donc été régularisée en 2020-2021.	0600 Réglié			
1.1.3. Comme l'exige 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 de l'OSSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avons fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2021 et 2020 n'ont pas été déterminées.	2020-2021	0500 Réserve	L'établissement se conforme aux directives du ministère. Cette situation est la même pour tous les établissements du réseau de la santé. Cette recommandation pourra être réglée seulement si la Société québécoise des infrastructures devient en mesure d'établir les montants en cause pour chacun des établissements.	0620 Non réglé			
1.1.4. L'établissement a obtenu une subvention en lien avec les charges, déduction faite des économies, engendrées par la pandémie de COVID-19. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir les éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne les économies prises en compte. Par conséquent, nous n'avons pas pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés des revenus de subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux ou à d'autres postes des états financiers au 31 mars 2021.	2020-2021	0500 Réserve	L'établissement se conforme aux directives du ministère. Cette situation est la même pour tous les établissements du réseau de la santé. Cette recommandation pourra être réglée seulement si le MSSS modifie ses directives.	0620 Non réglé			
1.1.5. Dans le cadre du renouvellement des conventions collectives des employés de l'État, le gouvernement a déposé publiquement, à la date des états financiers, des offres salariales comprenant une indexation des salaires et des montants forfaitaires non récurrents ayant un effet rétroactif. Ainsi, le dépôt de ces offres entraîne la comptabilisation d'un passif au 31 mars 2021. L'établissement n'a pas comptabilisé de provision salariale en lien avec ces offres, à la suite d'une décision du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Par conséquent, les autres créditeurs et autres charges à payer au 31 mars 2021 et les salaires, avantages sociaux et charges sociales pour l'exercice terminé à cette date sont sous-évalués d'un montant estimatif de 27 734 207 \$.	2020-2021	0500 Réserve	L'établissement se conforme aux directives du ministère. Cette situation est la même pour tous les établissements du réseau de la santé. Cette recommandation pourra être réglée seulement si le MSSS modifie ses directives.	0620 Non réglé			

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2020.1.0

Révisée: 2020-2021

Révisée: 2020-2021

Gabarit LPRG-2020.1.0

AS-471 - Rapport financier annuel

Rapport V 1.0

Timbre valideur: 2021-06-14 16:26:21

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées				
2.1. 6060 & 6160 (CISSS Outaouais): Soins inf. personnes en perte d'autonomie et soins d'assistance des personnes en perte d'autonomie: - Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que la définition de l'unité de mesure donnée dans le manuel de gestion financière était incohérente. Le système informatique utilisé principalement à des fins de facturation, cause les absences de plus de 24 heures autres que les hospitalisations, les départs définitifs et les décès, à ne pas être prises en compte lors de la compilation des unités de mesure. Ces autres absences sont uniquement suivies dans un cartable à usage interne et non réconciliées lors de la compilation des unités. Selon le manuel de gestion financière, ces éléments doivent être pris en compte pour l'établissement des jours-présence. Nous vous recommandons de mettre en place un processus permettant de réconcilier les absences de plus de 24 heures avec les données compilées dans le système.	2017-2018	0510 Observation	Pour la première partie de la recommandation, l'agent de gestion financière de la direction SAPA a rencontré le comité de gestion pour s'assurer de la compréhension des unités des unités de mesure et une vigie au niveau de l'entrée de données. Pour la deuxième partie, il a été décidé d'harmoniser le processus de travail au niveau du CISSSO et d'entrer les congés directement dans SICHELD. Donc, le rapport des congés temporaires pourra être produit selon la demande du ministère sans avoir à faire de manipulation manuelle avec Medipatient dont les données ne sont pas toujours justes. Les procédures décrites ci-dessus ont été mises en place. Cependant, considérant la situation de la pandémie de COVID-19, les audits des unités de mesure n'ont pas été effectués au cours de cette année. Une évaluation est prévue lors de l'audit 2021-2022.	0610 Partiellement réglé
2.2. 7062 - Cancérologie (Hôpital de Gatineau): 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 d'enregistrer adéquatement les unités de mesure de leur centre. Nous avons remarqué que les gestionnaires ont eu à leur disposition les manuels de gestion tel que recommandé lors de l'audit précédent, ils n'ont pas été en mesure de mettre en place le processus de compilation des unités de mesure au courant de l'année 2017-2018. Nous vous recommandons de faire un suivi avec les gestionnaires de ce centre d'activités afin de vous assurer qu'ils mettent en place des systèmes adéquats qui leur permettront d'enregistrer les unités de mesure adéquatement.	2017-2018	0510 Observation	Unité B: Développement d'une procédure et compilation effectuée depuis janvier 2019 avec un nouvel outil de travail « ARIA ». Les procédures décrites ci-dessus ont été mises en place. Cependant, considérant la situation de la pandémie de COVID-19, les audits des unités de mesure n'ont pas été effectués au cours de cette année. Une évaluation est prévue lors de l'audit 2021-2022.	0610 Partiellement réglé
2.3. 6307 - Services de santé courants (Shawville): 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 que 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. Nous vous recommandons de mettre en place un processus de révision des unités de mesure enregistrées afin de déceler les exceptions de ce type.	2017-2018	0510 Observation	Une note a été envoyée afin de clarifier la méthode de compilation. La compilation adéquate est effectuée depuis le 1er avril 2019. Le gestionnaire du Pontiac a avisé directement les infirmières des services courants au CLSC de Mansfield en avril 2019 et une clarification du MGF a été prodiguée aux différents gestionnaires du centre d'activités 6307 en mai 2019. Une rencontre a eu lieu entre les gestionnaires du centre d'activité et les responsables de l'application I-CLSC pour précision du cadre réglementaire en juin 2019. Une évaluation est prévue lors de l'audit 2021-2022.	0610 Partiellement réglé

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2021 - AUDITÉE

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX) 2017-2018	Nature 0510 Observation	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	Etat de la problématique au 31 mars 2021 0610 Partiellement réglé
2.4_7703 - Fonctionnement des installations: 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 mètres cubes cohérent avec le manuel de gestion financière où le mètre cube est calculé en incluant l'épaisseur des planchers. Ceci résulte en une sous-estimation non chiffrée du nombre de mètres cubes de l'établissement. Nous vous recommandons de mettre en place un processus pour mesurer précisément les mètres cubes des différentes installations du CISSS de l'Outaouais.			Un processus est en cours afin de pouvoir faire les suivis énergétiques des installations. Des indicateurs de suivis et performances en résulteront. Dans le processus de l'établissement de ceux-ci, la révision complète de la méthode du calcul des mètres cubes sera faite pour chacune des installations dont le CISSSO est propriétaire. Une évaluation est prévue lors de l'audit 2021-2022.	
2.5_Compilation des unités statistiques: 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. Nous vous recommandons de comptabiliser les unités statistiques de façon périodique.	2018-2019	0510 Observation	La comptabilité travaille sur un outil qui harmonisera les feuilles de travail servant à la compilation des unités de mesure. Actuellement, des feuilles de travail distinctes par installation sont utilisées. L'absence d'une ressource a retardé les travaux, ceux-ci se poursuivront en 2021-2022 en vue du déploiement.	0610 Partiellement réglé
2.6_Formation des gestionnaires: Lors de l'audit sur les unités de mesure, nous avons remarqué que certains gestionnaires de service ne connaissent pas bien la définition de leurs unités de mesure, les logiciels utilisés pour les compiler ou ont de la difficulté à exploiter ces logiciels. Ceci augmente considérablement le risque d'erreur lors de la compilation et conséquemment l'évaluation de la performance financière du centre ne sera pas représentative de la réalité. Nous vous suggérons de poursuivre le processus entamé d'amélioration continue et de formation des gestionnaires pour les unités de mesure et de réitérer l'importance de cette compilation.	2018-2019	0510 Observation	Un nouveau processus de formation des gestionnaires est en cours : - Chaque AGF doit rencontrer ses gestionnaires pour les former sur les unités de mesure de leurs unités administratives selon le MGF. Les points qui seront abordés seront: la connaissance de l'UDM, la compréhension, logiciels de compilation utilisés, période de transmission et approbation des rapports; - Un tableau de suivi des rencontres devra être complété par les AGF pour formaliser le processus et indiquer les commentaires nécessaires; - Des rencontres ponctuelles sont prévues avec la DQEP pour la qualité de la donnée et l'implantation de procédures pour formaliser le processus. Une évaluation est prévue lors de l'audit 2021-2022.	0610 Partiellement réglé
2.7_Approbation des rapports statistiques: Nous avons remarqué lors de l'audit sur les unités de mesure que plusieurs établissements ne font pas revoir et/ou approuver les rapports de compilation par les responsables de service avant de faire parvenir les unités compilées au service des finances pour inscription à l'AS-471. Ceci augmente le risque que les unités compilées soient erronées puisque les responsables de services sont les personnes les mieux informées des changements, s'il y a lieu, dans les unités de mesure sous leur responsabilité. Nous vous suggérons de demander à chaque responsable de service de revoir et d'approuver les rapports périodiques afin de s'assurer qu'ils sont exacts et reflètent l'activité de la période.	2018-2019	0510 Observation	Des suivis ont débuté avec la DQEP pour entamer le processus d'autorisation des rapports statistiques ICLSC. Un projet de procédure est en cours par la DQEP en collaboration avec la DRF. Pour les autres unités de mesure, le projet Unité de mesure est actuellement en cours par la DRF en collaboration avec la DQEP. Dans le cadre de ce projet, la coordonnatrice aux opérations financières a fait le tour des comités de gestion de janvier 2020 à avril 2020 pour vulgariser l'audit des unités de mesure et les sensibiliser fortement à signer les rapports statistiques périodiques ainsi que le rapport global qui sera envoyé par la comptabilité. La pandémie a reporté la finalisation du processus et sa reprise est prévue en septembre 2021.	0610 Partiellement réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant</i>				
RAPPORT À LA GOUVERNANCE (1RE PARTIE)				
3.3.1.3_1_ CISSO Outaouais: Processus de changements. L'établissement ne dispose pas d'une procédure formelle de gestion des changements aux applications et systèmes informatiques. Recommandation: Nous recommandons de documenter une procédure de gestion des changements aux applications, bases de données 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). L'établissement devrait aussi assurer que tout changement mis en production est testé, approuvé et les approbations documentées et conservées. Cette procédure devrait aussi couvrir l'officialisation des demandes, approbation des demandes, les tests à réaliser incluant la documentation, approbation des modifications apportées, le plan de retour en arrière et la période de rétention de la documentation.	2015-2016	0510 Observation	Une procédure sera rédigée et terminée pour ensuite être approuvée. Celle-ci supportera le manuel de processus de gestion des changements. Maintien la DTBI, grâce à son DBA, à la responsabilité de s'assurer de la santé des bases de données en contrôlant qu'il n'y a pas d'erreur dans les événements et en faisant le suivi des problèmes auprès du fournisseur, conformément au contrat de support. Une couverture par dyade est assurée pour cette fonction et les incidents sont suivis par la billetterie. Une procédure formelle sera mise en place au cours du prochain exercice.	0610 Partiellement réglé
3.3.3.3_3_ Paramètres de mot de passe de l'application GRH et de sa base de données: Des faiblesses ont été notées au niveau des mots de passe: Application GRH: Le délai d'expiration du mot de passe est 365 jours; Les mots de passe ne sont pas complexes; et l'historique des mots de passe conserve seulement les 2 derniers mots de passe. Recommandations: Nous recommandons à l'établissement que les paramètres de mots de passe suivants soient appliqués: Complexité des mots de passe: activée; Historique des mots de passe: 12; Expiration des mots de passe: 30 à 90 jours.	2016-2017	0510 Observation	La procédure de gestion des mots de passe a été publiée pour l'ensemble des applications ainsi que les paramètres de gestion des mots de passe. Suite à l'unification du domaine CISSO complétée depuis la fin février, l'activation du compte réseau LDAP a aussi été complétée par le pilote de l'application et le fournisseur. Les travaux d'arrimage des nouveaux comptes Windows sont terminés. Le paramétrage du LDAP est actif depuis février pour le système GRH.	0600 Régulé
3.3.3.3_3_ Paramètres de mots de passe de l'application GRF et de sa base de données: Des faiblesses ont été notées au niveau des mots de passe. Nous recommandons à l'établissement que les paramètres de mots de passe suivants soient appliqués: Complexité des mots de passe: activée.	2016-2017	0510 Observation	La procédure de gestion des mots de passe a été publiée pour l'ensemble des applications ainsi que les paramètres de gestion des mots de passe. Les travaux d'arrimage des nouveaux comptes Windows sont terminés et les paramètres de mots de passe sont reliés au Domaine en LDAP.	0600 Régulé
3.3.3.3_4_ Paramètres de mots de passe de l'application GRM et de sa base de données: Des faiblesses ont été notées au niveau des mots de passe. L'historique des mots de passe ne conserve seulement que le dernier mot de passe; L'expiration des mots de passe est à 99 jours. Nous recommandons à l'établissement que les paramètres de mots de passe suivants soient appliqués: Historique des mots de passe: 12; Expiration des mots de passe: 30 à 90 jours.	2016-2017	0510 Observation	La procédure de gestion des mots de passe a été publiée pour l'ensemble des applications ainsi que les paramètres de gestion des mots de passe. Les travaux d'arrimage des nouveaux comptes Windows sont terminés et les paramètres de mots de passe sont reliés au Domaine en LDAP.	0600 Régulé
3.3.5_ Pilote de la base de données – Oracle: Il a été noté qu'il n'y a pas de pilote CISSSO avec l'expérience nécessaire pour extraire l'information de la base de données. 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	2017-2018	0510 Observation	L'administrateur de base de données est en fonction. Un autre employé est en mesure de couvrir en partie les tâches de l'administrateur de la base de données. Un service de surveillance en impartition est requis en cas d'absence prolongée de l'administrateur de base de données. L'aspect des ressources humaines est complété. Le guide des	0600 Régulé

Tous les Fonds

exercice terminé le 31 mars 2021 - AUDITÉE

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée bonnes pratiques est utilisé comme procédure de gestion d'accès pilote (DBA ou administrateur).	Etat de la problématique au 31 mars 2021
documentée pour chaque demande d'accès.				
Rapport à la gouvernance				
3.6. Révision des accès – GRH: Les révisions des utilisateurs de l'application GRH et de sa base de données ne sont pas formelles et ne sont pas documentées, augmentant ainsi le risque que des utilisateurs aient des accès non appropriés. Nous recommandons à la direction de documenter formellement la révision en ce qui concerne l'application GRH ainsi que sa base de données.	2018-2019	0510 Observation	Une procédure formelle de révision des accès GRH pour les employés qui ont quitté le CISSSO a été rédigée et est mise en application. Cette révision a pour objectif de s'assurer que les accès sont retirés en temps opportun. Une seconde procédure concernant la révision des accès privilégiés courants et précisant les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la (les) personne(s) responsable(s), est en cours d'élaboration.	0610 Partiellement réglé
3.7. Révision des accès – GRM: Les révisions des utilisateurs de l'application GRM et de sa base de données ne sont pas formelles et ne sont pas documentées, augmentant ainsi le risque que des utilisateurs aient des accès non appropriés. Nous recommandons à la direction de documenter formellement la révision en ce qui concerne l'application GRM ainsi que sa base de données.	2018-2019	0510 Observation	Une procédure formelle de révision des accès des employés qui ont un accès au système GRM a été rédigée. Cette révision avait pour objectif de s'assurer que les employés ont les accès dont ils ont strictement besoin dans le cadre de leur travail. Cette procédure précise les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la (les) personne(s) responsable(s). Cette procédure est applicable également aux personnes ayant des accès privilégiés. La révision et la documentation formelle de la révision des accès sera effectuée en 2021-2022.	0610 Partiellement réglé
3.8. Révision des accès - Domaine: Les révisions des utilisateurs du Domaine ne sont pas formelles et ne sont pas documentées. Nous recommandons à la direction de documenter formellement la révision en ce qui concerne le Domaine (les administrateurs réseau au minimum).	2018-2019	0510 Observation	Une procédure formelle de révision des accès des employés qui ont un accès au domaine a été rédigée. Cette révision, sous la forme d'une annexe à la procédure actuelle, a pour objectif de s'assurer que les employés ont les accès dont ils ont strictement besoin dans le cadre de leur travail. Cette procédure précise les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la (les) personne(s) responsable(s). Cette procédure sera aussi applicable aux personnes ayant des accès privilégiés. L'application de la procédure sera mise en place en 2021-2022.	0610 Partiellement réglé
3.9. Accès privilégiés: Plusieurs utilisateurs ont des accès privilégiés dans les applications GRF et GRM et n'en ont pas besoin pour accomplir leurs tâches journalières. Nous recommandons à l'Établissement de réviser les accès octroyés afin de restreindre les accès privilégiés aux employés qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches journalières. Nous recommandons également de revoir la ségrégation des tâches pour la révision des utilisateurs.	2018-2019	0510 Observation	Liste des personnes ayant des accès privilégiés au système GRF et GRM est maintenant restreinte et à jour. Les gestionnaires des employés ayant des accès privilégiés sont interpellés sur une base régulière afin de valider les besoins réels des employés, et ce, conformément aux tâches qu'ils ont à accomplir dans le système GRF ou GRM. Une ségrégation des tâches est complétée depuis l'automne 2020 afin de distinguer l'octroi des accès et la révision de ceux-ci. Une mise à jour finale sera effectuée en 2021-2022.	0610 Partiellement réglé
3.10. Engagements contractuels: Lors de nos procédures d'audit sur les engagements contractuels, nous avons noté que certains engagements inclus à la	2018-2019	0510 Observation	Le service des finances a rencontré les approvisionnements en août 2019 et le secteur des	0610 Partiellement réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	Etat de la problématique au 31 mars 2021
page 635 ne respectait pas les critères du manuel de gestion financière pour les engagements. Les divergences notées ont été corrigées par l'établissement. Nous recommandons que les directions ou services impliqués dans la production des données des obligations contractuelles s'assurent de générer et traiter les engagements conformément aux directives de l'annexe 11 du manuel de gestion financière. Les directions ou services concernés sont responsables de la qualité des données fournies au service des finances. 3.11. Accès du fournisseur: Le fournisseur Logibec a accès en tout temps aux environnements de production des applications GRM et GRF. L'établissement n'a pas mis en place de mécanismes de détection des activités de son fournisseur de services. Cependant, une politique de gestion des accès fournisseurs a été mise en place et fait en sorte que Logibec doit demander au CISSSO l'accès à l'environnement de production. Nous recommandons à l'établissement d'activer les connexions VPN des firmes sur demande seulement afin de monitorer les accès et les changements effectués par la firme externe. 3.12. Approbation des feuilles de temps: Lors de notre audit, nous avons constaté que certaines feuilles de temps (horaires) ne sont pas approuvées par un niveau hiérarchique approprié (Chef de direction ou Superviseur ou l'équivalent) mais plutôt par des technicien(ne)s ce qui va à l'encontre de la politique établie à cet égard depuis la fusion des bases de données en 2018-2019. Nous recommandons à la direction de revoir la liste des utilisateurs ayant le pouvoir d'approbation des horaires dans le système Logibec afin de s'assurer que les employés qui ont la possibilité d'approuver les horaires dans le système en ont l'autorité selon la politique en place.	2019-2020	0510 Observation	RI-RTF en septembre 2019 et janvier 2020 afin de les former aux exigences de l'annexe 11 du manuel de gestion financière qui traite des engagements contractuels. Une rencontre de planification des travaux a eu lieu en janvier 2021 avec les RI-RTF et en février 2021 avec le service des approvisionnements. Le processus sera testé en 2021-2022. Un avis de se conformer à la procédure a été notifié aux intervenants ainsi qu'au fournisseur. Un contrôle additionnel a été mis en place sur les serveurs pour que le fournisseur accède à ceux-ci. Il demeure toutefois des enjeux par rapport aux accès par les fournisseurs d'un système clinique nécessitant un service 24/7.	0610 Partiellement réglé
3.13. Documentation des contrôles clés de la révision de la paie: Lors de l'audit, nous avons constaté que plusieurs contrôles clés sur le cycle de la paie, notamment la validation de rapports d'exception (P1105, P1004 & P1193) visant à s'assurer que la paie ne contient pas d'erreur, ne font pas l'objet d'un processus formel et documenté pour s'assurer que les contrôles ont été appliqués uniformément sur toute la période financière. Nous recommandons à la direction de documenter le processus de la paie incluant l'identification des contrôles clés et de s'assurer de maintenir une documentation supportant que tous les contrôles jugés nécessaires par la direction aient été appliqués et effectués avant le traitement final de la paie.	2019-2020	0510 Observation	Les travaux de validation des rapports sont maintenant documentés avec le nom des personnes ayant procédé à la validation paie par paie et consignés dans un répertoire. Une procédure qui décrit le processus de la paie a été rédigée au printemps 2020. Celle-ci a été diffusée au sein de l'équipe et mise à jour avec les contrôles clés en 2020-2021. Elle sert de base à la formation des nouveaux employés et de référence pour les plus expérimentés.	0600 Régulé

11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Reddition de comptes 2020-2021 – Divulgence d'actes répréhensibles

Aucun acte répréhensible n'a été divulgué dans le CISSS de l'Outaouais pour l'année 2020-2021.



Pascal Chaussé,
Responsable du suivi des divulgations
CISSS de l'Outaouais

Le 14 mai 2021

Date

12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le CISSS de l'Outaouais reconnaît 155 organismes communautaires. Cent trente-sept (137) d'entre eux reçoivent une contribution financière en support à la mission globale via le Programme de soutien aux organismes communautaires, pour soutenir la mission de l'organisme. Le tableau en annexe met en parallèle les subventions accordées aux organismes pour les années 2019-2020 et 2020-2021.

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 :

- Le Cadre de gestion ministériel du PSOC (Programme de soutien aux organismes communautaires) pour le mode de financement en soutien à la mission;
- Le Cadre de référence de relation et de soutien financier pour les organismes communautaires de l'Outaouais;
- La Convention de soutien financier 2015-2018 (celle-ci a été renouvelée par le MSSS jusqu'au 31 mars 2022).

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).

Subvention PSOC accordée à chacun des organismes sur une base comparative 2019-2020 et 2020-2021

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	TOTAL ALLOUÉ en mission globale	
	2019-2020	2020-2021
Académie des retraités de l'Outaouais	48 001 \$	49 057 \$
Accompagnement des femmes immigrantes de l'Outaouais	95 988 \$	111 236 \$
Action-Quartiers	65 346 \$	79 920 \$
Adojeunes	705 479 \$	734 137 \$
Aidants unis pour recréer ensemble des soutiens	22 662 \$	63 136 \$
Albatros Vallée-de-la-Gatineau (Maniwaki)	6 445 \$	10 142 \$
Alliance alimentaire Papineau	73 243 \$	87 990 \$
Antre-Hulloises inc.	211 498 \$	229 287 \$
Arche Agapé inc.	510 178 \$	555 110 \$
Association des neurotraumatisés - Région de l'Outaouais	98 266 \$	113 564 \$
Association des personnes vivant avec douleur chronique	98 025 \$	113 318 \$
Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais	589 025 \$	615 120 \$
Association pour l'intégration communautaire de la Vallée-de-la-Gatineau "La Lanterne"	100 513 \$	115 860 \$
Association pour personnes exceptionnelles de Papineau	78 360 \$	80 084 \$
Association pour personnes handicapées de Papineau	83 631 \$	98 607 \$
Association de répit communautaire	127 858 \$	130 671 \$
Atelier de formation socioprofessionnelle de la Petite-Nation	160 551 \$	177 219 \$
Avenue des jeunes	694 030 \$	722 435 \$
Banque Alimentaire de la Petite-Nation	65 000 \$	79 566 \$
Bouffe-Pontiac	98 040 \$	113 333 \$
Bureau d'action régional SIDA	516 408 \$	540 905 \$
CAMPUS 3	226 858 \$	244 985 \$
CAP Santé Outaouais (Centre d'activités promotionnelles)	218 224 \$	236 161 \$
Centre alimentaire d'Aylmer	118 343 \$	134 083 \$
Centre d'action bénévole d'Aylmer "ACCES"	161 772 \$	178 467 \$
Centre d'action bénévole de Hull	210 276 \$	228 038 \$
Centre d'action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre	266 431 \$	285 428 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Vallée-de-la-Gatineau (CALACS)	127 688 \$	215 491 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles - Outaouais	360 866 \$	607 276 \$
Centre de ressources Connexions	107 572 \$	123 075 \$
Centre d'entraide aux aînés	215 864 \$	233 749 \$
Centre des jeunes de Wakefield	85 819 \$	87 707 \$
Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais	1 068 663 \$	1 105 310 \$
Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille	385 815 \$	530 172 \$
Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais	265 921 \$	284 907 \$
Centre Inter-Section	572 206 \$	597 931 \$
Centre Intervalle Pontiac	272 638 \$	376 323 \$
Centre Jean Bosco de Maniwaki	227 632 \$	245 776 \$

Centre Kogaluk	112 299 \$	127 906 \$
Centre Serge Bélair	77 074 \$	91 906 \$
Club d'âge d'or Monseigneur Martel de L'Île-du-Grand-Calumet	12 397 \$	25 670 \$
Club de l'Âge d'or de Fort-Coulonge	24 999 \$	35 549 \$
Comité de transport bénévole de l'Ouest du Pontiac et de Rapides-des-Joachims	35 447 \$	49 363 \$
Comité transport bénévole d'Otter Lake	17 187 \$	17 565 \$
Comité régional du troisième âge Papineau	192 323 \$	209 690 \$
Comptoir St-Pierre de Fort-Coulonge inc.	35 445 \$	49 361 \$
Diabète Outaouais inc.	26 945 \$	48 895 \$
Donne-toi une chance	400 991 \$	463 634 \$
Droits-Accès de l'Outaouais	260 922 \$	279 798 \$
Entraide familiale de l'Outaouais inc.	122 312 \$	138 139 \$
Entraide-Deuil de l'Outaouais	108 776 \$	124 305 \$
Entre deux roues	89 031 \$	104 126 \$
Épilepsie Outaouais inc.	89 522 \$	104 627 \$
Espace Outaouais inc.	189 173 \$	379 257 \$
Être et Devenir	26 945 \$	48 895 \$
Femmes de l'Outaouais	26 945 \$	48 895 \$
Grenier d'apprentissage Jacques L. Charbonneau	24 958 \$	46 864 \$
Groupe communautaire Deschênes	74 406 \$	89 179 \$
Groupe d'entraide et de solidarité sociale pour hommes du Pontiac	171 026 \$	187 925 \$
Groupe Entre Femmes de l'Outaouais	36 239 \$	60 453 \$
Halte-femme Haute-Gatineau	635 931 \$	795 674 \$
Itinérance Zéro	26 945 \$	46 841 \$
Jeunesse Idem	69 026 \$	83 681 \$
Jeunesse sans Frontières de la Vallée-de-la-Gatineau	110 394 \$	125 958 \$
Journal Le PORTAIL de l'Outaouais	47 577 \$	69 981 \$
L' Apogée - Association pour parents et amis de la personne ayant un problème de santé mentale	325 313 \$	345 606 \$
La Maison "Unies-Vers-Femmes"	737 641 \$	880 966 \$
La Maison Alonzo Wright	64 229 \$	78 778 \$
La Mie de l'Entraide	55 663 \$	70 024 \$
La mie du partage	9 600 \$	14 811 \$
La Pointe aux Jeunes inc.	166 909 \$	183 717 \$
La Soupière de l'Amitié de Gatineau inc.	141 311 \$	157 556 \$
La Source des jeunes	87 673 \$	102 738 \$
La Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais	137 586 \$	153 749 \$
L'Alternative Outaouais	489 550 \$	513 456 \$
L'Amicale des handicapés physiques de l'Outaouais	108 358 \$	123 878 \$
L'Association de l'ouïe de l'Outaouais	170 481 \$	187 368 \$
L'Association pour enfants ayant des troubles d'apprentissage (Chapitre de l'Outaouais)	78 945 \$	93 818 \$
L'Association pour la prévention de la toxicomanie et l'alcoolisme chez les femmes d'Outaouais	99 043 \$	114 358 \$
L'Autre chez-soi inc.	701 147 \$	897 792 \$
Le Boulev'Art de la Vallée	750 640 \$	981 879 \$

Le Centre Actu-Elle	217 438 \$	235 358 \$
Le Centre d'action bénévole de Gatineau	210 756 \$	228 529 \$
Le Centre d'Entraide La Destinée	216 106 \$	233 996 \$
Le Centre Mechtilde	754 304 \$	905 119 \$
Le Gîte Ami	951 543 \$	1 005 812 \$
Le Grenier des Collines	77 115 \$	91 948 \$
Le jardin éducatif du Pontiac	103 252 \$	118 660 \$
Le Mashado	177 482 \$	194 522 \$
Le Mont d'Or	111 130 \$	126 711 \$
L'Entourelle	701 147 \$	843 821 \$
L'Entraide de la Vallée	95 666 \$	110 145 \$
L'Envol S.R.T. Service de retour au travail	90 679 \$	105 810 \$
L'Équipe des bénévoles de la Haute-Gatineau	128 770 \$	131 603 \$
Les Amis du Manoir St-Joseph	61 934 \$	76 433 \$
Les Apprentis (Centre d'apprentissage pour la déficience intellectuelle)	193 582 \$	210 977 \$
Les Grands frères et grandes soeurs de l'Outaouais inc.	47 954 \$	72 426 \$
Les Habitations Nouveau Départ	305 644 \$	366 384 \$
Les Habitations partagées de l'Outaouais inc.	157 131 \$	173 724 \$
Les Maisons des jeunes du Pontiac	257 805 \$	276 613 \$
Les Œuvres Isidore Ostiguy	123 288 \$	139 136 \$
L' Impact - Rivière Gatineau	270 716 \$	359 062 \$
Logement intégré de Hull inc.	912 060 \$	945 261 \$
M-Ado jeunes	186 919 \$	204 167 \$
Maison amitié de la Haute-Gatineau	380 043 \$	401 540 \$
Maison communautaire Daniel-Johnson	79 428 \$	94 311 \$
Maison d'accueil Mutchmore	69 026 \$	83 681 \$
Maison de jeunes Val-Jeunesse	87 673 \$	102 738 \$
Maison de l'Amitié de Hull	64 590 \$	79 147 \$
Maison de Quartier Notre-Dame	75 134 \$	89 923 \$
Maison d'hébergement pour Elles Des deux Vallées	701 147 \$	843 821 \$
Maison le Ricochet	577 804 \$	698 985 \$
Maison Libère-Elles	701 159 \$	843 829 \$
Maison-Réalité inc.	817 921 \$	908 782 \$
Mani-jeunes	153 031 \$	156 397 \$
Manne de l'Île	141 843 \$	158 100 \$
Moisson Outaouais	122 263 \$	138 089 \$
Mon Chez-Nous Incorporée	173 853 \$	190 814 \$
Naissance-Renaissance Outaouais	159 512 \$	176 157 \$
Parkinson Outaouais ¹	- \$	26 272 \$
Prévention C.É.S.A.R. Petite-Nation	322 114 \$	342 336 \$
Regroupement des clubs d'âge d'or de la Vallée-de-la-Gatineau	140 445 \$	143 535 \$
Regroupement des organismes communautaires en santé mentale (ROCSMO)	36 220 \$	60 434 \$
SOS Contact Al-To inc.	86 230 \$	101 263 \$
Saga Jeunesse	126 025 \$	141 934 \$
Salon des jeunes de Thurso	86 881 \$	101 928 \$
Service d'accompagnement pour l'inclusion sociale S.A.I.S	10 007 \$	31 348 \$

Société Alzheimer Outaouais	558 559 \$	570 847 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques - Section Outaouais	29 920 \$	30 578 \$
Soupe populaire de Hull inc.	373 465 \$	394 817 \$
Suicide Détour	142 072 \$	158 334 \$
Table autonome des aînés des Collines	47 781 \$	61 968 \$
Table de Bethléem / Œuvres d'Edna Charrette	25 764 \$	26 331 \$
Tel-Aide Outaouais	151 528 \$	167 998 \$
Trait d'Union Outaouais inc.	634 019 \$	661 103 \$
Transport de l'âge d'or de Campbell's Bay inc.	32 931 \$	46 791 \$
Voix et Solidarité des aidants naturels de la Vallée-de-la-Gatineau	33 588 \$	57 744 \$
TOTAL	30 004 856 \$	34 538 299 \$

¹ Organisme nouvellement reconnu obtenant un premier financement pour le soutien à la mission globale.

**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 20 juin 2019

Table des matières

PRÉAMBULE	82
Section 1	83
1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	83
1.1 Objectifs généraux	83
1.2 Fondement légal.....	83
1.3 Définitions.....	84
1.4 Champ d'application.....	85
1.5 Disposition finale.....	85
1.6 Diffusion.....	85
2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOG	86
2.1 Principes d'éthique.....	86
2.2 Règles de déontologie	86
2.2.1 Disponibilité et compétence	87
2.2.2 Respect et loyauté	87
2.2.3 Impartialité	87
2.2.4 Transparence.....	87
2.2.5 Discrétion et confidentialité	87
2.2.6 Considérations politiques	88
2.2.7 Relations publiques	88
2.2.8 Charge publique	88
2.2.9 Biens et services de l'établissement	88
2.2.10 Avantages et cadeaux.....	88
2.2.11 Interventions inappropriées	89
3. CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	90
4. APPLICATION.....	92

4.1 Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	92
4.2 Comité de gouvernance et d'éthique.....	92
4.3 Comité d'examen <i>ad hoc</i>	93
4.4 Processus visant à adresser un manquement à l'égard des règles de déontologie...	93
4.5 Processus disciplinaire	94
4.6 Notion d'indépendance	96
4.7 Obligations en fin du mandat	96
Annexe I – Engagement et affirmation du membre	105
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	99
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	100
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général	100
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts	102
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	103
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	104

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

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 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.

1.2 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 publique* 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 lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

1.3 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 : telle que définie 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 circonstances¹.

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

1.4 Champ d'application

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

1.5 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.

1.6 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.

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

Section 2

2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

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

2.2 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 divers règlements ou lois 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 :

2.2.1 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.

2.2.2 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.

2.2.3 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.

2.2.4 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.
-

2.2.5 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.

-

2.2.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

2.2.7 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.

2.2.8 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.

2.2.9 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.

2.2.10 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.

2.2.11 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

3. CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 3.1** 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.
- 3.2** 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.
- 3.3** 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.
- 3.4** 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/leur permet(tent) 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.
- 3.5** 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.

- 3.6** Le membre qui est en situation de conflit 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.
- 3.7** La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nul, 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

4. APPLICATION

4.1 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.

4.2 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.

4.3 Comité d'examen *ad hoc*

- 4.3.1** 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.
- 4.3.2** 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.
- 4.3.3** 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.
- 4.3.4** 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.
- 4.3.5** 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.

4.4 Processus visant à adresser un manquement à l'égard des règles de déontologie

- 4.4.1** Lorsque le rendement d'un membre ne correspond pas aux attentes évoquées dans les Règles de déontologie au point 8 du présent Code, mais qu'il n'y a pas de manquement formel concernant un devoir ou une obligation prévue au même Code, un processus visant à adresser un manquement à l'égard des règles de déontologie est mis en place.
- 4.4.2** Le président du comité de gouvernance et d'éthique et le président du conseil d'administration sont alors avisés et décident entre eux de la personne qui poursuivra les interventions dans le dossier.

- 4.4.3** Une première intervention personnalisée et confidentielle est faite par le président du conseil d'administration, ou le président du comité de gouvernance et d'éthique afin de déterminer les causes potentielles de cette baisse d'efficacité. Des mesures d'amélioration doivent alors être prises.
- 4.4.4** Une deuxième intervention confidentielle doit suivre dans les 120 jours, afin d'évaluer l'efficacité des mesures. Si la situation n'a pas été corrigée, le président du conseil d'administration ou du comité de gouvernance et d'éthique doit déposer un compte-rendu écrit au comité de gouvernance et d'éthique qui pourra, s'il le juge pertinent, démarrer un processus disciplinaire.

4.5 Processus disciplinaire

- 4.5.1** 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.
- 4.5.2** 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.
- 4.5.3** 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*.
- 4.5.4** 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.
- 4.5.5** 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 rigueur et prudence.

- 4.5.6** 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.
- 4.5.7** 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.
- 4.5.8** 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.
- 4.5.9** 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.
- 4.5.10** 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.
- 4.5.11** 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.

4.5.12 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.

4.5.13 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).

4.6 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.

4.7 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

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

