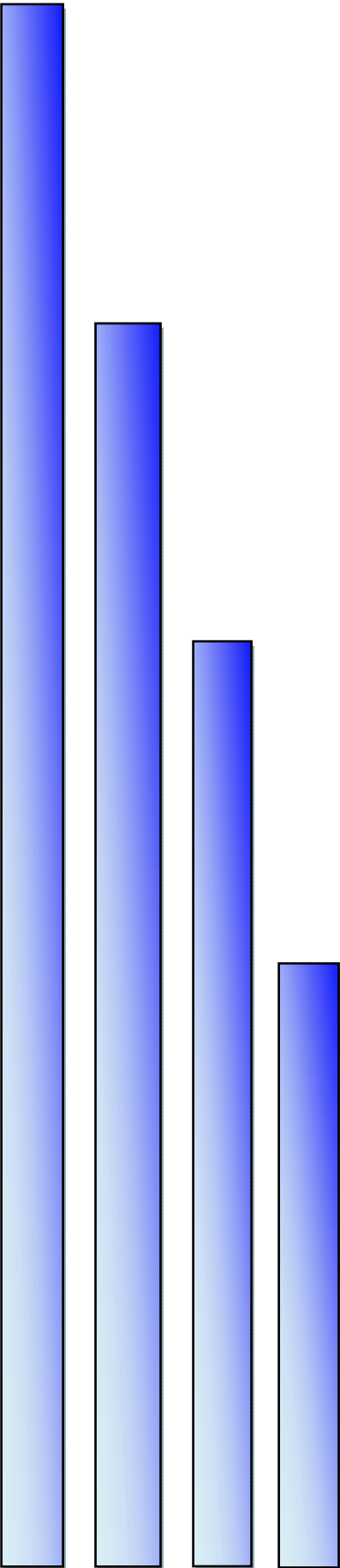




RAPPORT ANNUEL DE GESTION

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

2018-2019

Québec 

Une publication de :

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

80, avenue Gatineau

Gatineau (Québec) J8T 4J3

Téléphone : 819 966-6000

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

Édition

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

Diffusion

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

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

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

LA LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

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

<i>DSTL</i>	Direction des services techniques et de la logistique
<i>DTBI</i>	Direction des technologies biomédicales et de l'information
<i>EGI</i>	Entente de gestion et d'imputabilité
<i>ETC</i>	Équivalent temps complet
<i>FIQ</i>	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
<i>GISO</i>	Gestion intégrée en santé organisationnelle
<i>GMF</i>	Groupe de médecine de famille
<i>GMF-U</i>	Groupe de médecine de famille universitaire
<i>IN</i>	Infection nosocomiale
<i>ITSS</i>	Infection transmise sexuellement et par le sang
<i>IVP</i>	Indice de vétusté physique
<i>JED</i>	Jeunes en difficulté
<i>LSJPA</i>	Loi sur le système de justice pénale pour adolescents
<i>LSSSS</i>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<i>MSSS</i>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<i>NSA</i>	Niveau de soins alternatifs
<i>OCCI</i>	Outil de cheminement clinique informatisé
<i>OIIQ</i>	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
<i>OPUS-AP</i>	Optimiser les pratiques, les usages et les soins - antipsychotiques
<i>PAR</i>	Plan d'action régional
<i>PII</i>	Plan d'intervention individualisé
<i>PNSP</i>	Programme national de santé publique
<i>PREM</i>	Plan régional des effectifs médicaux
<i>PSOC</i>	Programme de soutien aux organismes communautaires
<i>RDM</i>	Résorption du déficit de maintien
<i>RI-RTF</i>	Ressource intermédiaire – ressource de type familial
<i>RLRQ</i>	Recueil des Lois et des Règlements du Québec
<i>RPA</i>	Résidence privée pour aînés
<i>SAD</i>	Soins à domicile
<i>SAD-SG</i>	Soutien à domicile – services généraux
<i>SCPD</i>	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
<i>SCT</i>	Secrétariat du Conseil du trésor
<i>SIPPE</i>	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
<i>TGC</i>	Trouble grave du comportement
<i>TROCAO</i>	Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais
<i>UDI</i>	Utilisateurs de drogues injectables
<i>UQO</i>	Université du Québec en Outaouais

LE MESSAGE DES AUTORITÉS



Josée Fillion
Présidente-directrice générale

Déjà quatre ans se sont écoulés depuis la création du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais. Pour desservir l'ensemble des territoires de la région, autant en santé que dans les services sociaux, nos employés, professionnels, médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes sont engagés au quotidien à offrir des services de qualité à la population. Ce sont ces professionnels dévoués auprès des usagers et de la communauté qui font vivre notre établissement. C'est pourquoi le CISSS de l'Outaouais a consacré des efforts importants au cours des deux dernières années en santé organisationnelle. Pour assurer le succès de cette initiative, nous sommes tous appelés à contribuer activement, afin de faire du CISSS de l'Outaouais un milieu de travail sain où tous pourront s'épanouir.

Également, il nous semble essentiel de souligner la contribution remarquable des membres du conseil d'administration qui s'impliquent bénévolement et croient en la mission de l'organisation. D'ailleurs, le CISSS de l'Outaouais est loin de faire cavalier seul pour actualiser cette mission. En effet, jour après jour, l'établissement bénéficie de l'apport inestimable des bénévoles, des fondations, des organismes communautaires et de nombreux autres partenaires provenant de tous les milieux pour accomplir celle-ci.

À l'aube de cette nouvelle année, le CISSS de l'Outaouais entreprend de consolider ses services et d'augmenter sa présence dans les différents secteurs et territoires de l'Outaouais. Les recommandations émises dans le rapport d'observation du mandataire nommé par le ministère de la Santé et Services sociaux (MSSS) en février 2019 portent particulièrement sur la communication efficace avec les autorités régionales, leurs partenaires et la population, la présence sur les territoires, la desserte des services proximité et l'élaboration d'un « plan clinique ».

Dans cette optique, une opportunité unique a été donnée au CISSS de l'Outaouais, soit de produire un « plan clinique » visant à évaluer les besoins de la population et l'ajout de services en santé et services sociaux dans la région de l'Outaouais dans une perspective de l'an 2036. Les travaux entourant la production de ce plan ont été entrepris promptement et avec rigueur par l'ensemble de nos directions, les équipes médicales et les parties prenantes à cette démarche.

Lors de sa tournée annuelle d'information à l'automne 2018, le conseil d'administration a recueilli de l'information précieuse sur les besoins de la population et sur la façon dont les services sont reçus et perçus. Des témoignages éloquentes d'implications exemplaires des membres de son personnel ont été livrés par les usagers. Des difficultés ont également été soulevées en lien avec plusieurs secteurs, davantage concentrées dans les régions périphériques de l'Outaouais. Les services de proximité étaient presque toujours cités au cœur des préoccupations. Ces actes de participation citoyenne sont porteurs pour l'avenir de notre organisation afin d'améliorer l'offre et la prestation de services en santé et services sociaux.



Michel Roy
Président du Conseil d'administration

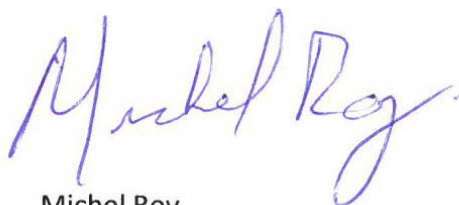
En ce sens, le CISSS de l'Outaouais désire maintenant exercer son leadership en déployant une offre de services sur l'ensemble de son territoire, en étant à la fois à l'écoute de la population et en lui communiquant davantage son offre de services. Comme toujours, la collaboration et la bienveillance de tous sont aussi de mise afin que le CISSS de l'Outaouais soit pleinement ancré dans sa communauté et sur l'ensemble de son territoire.

C'est à titre de nouveau président du conseil d'administration et à titre de nouvelle présidente-directrice générale que nous vous invitons à saisir les opportunités qui sont offertes à notre région en vue d'améliorer les services en santé et services sociaux.

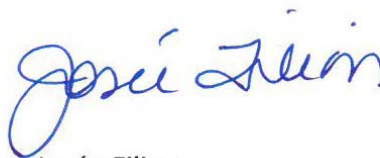
Bonne lecture!

Le président du conseil

La présidente-directrice générale



Michel Roy



Josée Filion

TABLE DES MATIÈRES

LA LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	2
1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS	4
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS.....	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.....	11
consultatives.....	11
3.3 Les faits saillants	21
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	45
4.1 Chapitre III – Attentes spécifiques	45
4.2 Chapitre IV – Engagements annuels.....	52
5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	68
5.1 L'agrément	68
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services	69
5.3 Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission	85
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits	85
5.5 L'information et la consultation de la population.....	86
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	87
7. LES RESSOURCES HUMAINES	89
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES	92
8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	92
8.2 L'équilibre budgétaire	92
8.3 Les contrats de services	93
9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	94
10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES.....	108
11. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	109
ANNEXE – Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	115

1. 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 de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

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 2018-2019 du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats 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 2019.

La présidente-directrice générale,



Josée Filion

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

3.1 L'établissement

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

Le siège social est situé à l'adresse suivante :

80 avenue Gatineau
Gatineau (Québec) J8T 3J4

La Mission du CISSS de l'Outaouais

Le 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.

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 efficacité.

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

Collaboration

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

Engagement

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

La vocation suprarégionale

Le 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.

Adoption d'états des lieux d'accompagnement des familles indiennes et des jeunes de la nation et des services sociaux pour compléter l'offre de services



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

3.2.1 Le conseil d'administration (au 31 mars 2019)

Membres désignés

- Dr Jean-François Simard – Département régional de médecine générale
- Dr Oussama Sidhom – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Mme Johanne Asselin – Comité régional sur les services pharmaceutiques
- M. François-Régis Fréchette – Conseil des infirmières et infirmiers
- M. Mathieu Nadeau – Conseil multidisciplinaire
- M. Germain Charron – Comité des usagers

Membres nommés

- Mme Josée Filion – Présidente-directrice générale par intérim 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
- M. Pierre Fréchette – Compétence en ressources immobilières informationnelles ou humaines
- Mme Julie Pépin – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
- M. Xavier Lecat – Expertise dans les organismes communautaires
- Mme Lise Coulombe – Expertise en protection de la jeunesse - Vice-présidente du conseil d'administration
- M. Michel Hébert – Expertise en réadaptation
- Mme Monique Séguin – Expertise en santé mentale
- À COMBLER - Compétence en gouvernance et éthique
- À COMBLER- Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux

Membre observateur

- M. Lucien Bradet - Fondation Santé Outaouais

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

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

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

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

LES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	LES CONSEILS PROFESSIONNELS	LES AUTRES COMITÉS ET INSTANCES CONSULTATIVES
• Comité de gouvernance et d'éthique • Comité de révision • Comité de vérification • Comité de vigilance et de la qualité • Comité des ressources humaines	• Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) • Conseil des infirmières et infirmiers (CII) • Conseil multidisciplinaire (CM) • Conseil des sages-femmes (CSF)	• Comité directeur du Département régional de médecine générale (DRMG) • Comité de gestion des risques stratégique (CGRi) • Comité d'éthique de la recherche (CÉR) • Comité de coordination d'éthique clinique (CCEC) • Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Les comités du conseil d'administration

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

Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

Comité de révision

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

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

Membres substituts : Mme Monique Séguin, D^r Carl Boucher.

Comité de vérification

Le comité de vérification a notamment pour fonctions de :

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

Membres : M. Michel Hébert, président, M^{me} Julie Pépin, secrétaire, M. Michel Roy, M^{me} Lise Coulombe et M. Xavier Lecat.

Comité de vigilance et de la qualité

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

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

1. recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
2. favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;

3. établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration;
4. faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
5. assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;
6. veiller à ce que le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
7. exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3).

Membres : M^{me} Julie Pépin, M. Lucien Bradet, M. Germain Charron, M^{me} Marion Carrière, commissaire aux plaintes et à la qualité des services et M^{me} Josée Fillion, présidente-directrice générale par intérim.

Comité des ressources humaines

Le comité des ressources humaines a notamment pour fonctions de :

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

Membres : M. Pierre Fréchette, président, M^{me} Lise Coulombe, M. Mathieu Nadeau et M^{me} Charmain Levy.

Les conseils professionnels

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

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

Le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais a tenu douze (12) rencontres régulières en plus d'une assemblée générale annuelle.

La composition du comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au 31 mars 2019 se lit comme suit :

➤ D^{re} Valérie Guilbault, présidente ➤ D^r Jérôme Champvillard, vice-président ➤ D^{re} Ruth Vander Stelt, secrétaire ➤ M^{me} Audrey Boisvert, trésorière ➤ D^{re} Marie-Hélène Verreault ➤ D^r Peter Bonneville ➤ D^{re} Audrey Bertrand ➤ D^{re} Dorothée Leduc	➤ D^r Henri Gaspard ➤ D^{re} Michelle Cicalo ➤ D^r Simon Taillefer ➤ D^r Florina Toma ➤ M^{me} Josée Filion, présidente-directrice générale par intérim
---	---

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

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

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

Afin d'assurer son mandat, le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII) du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais a tenu cinq (5) rencontres régulières et une (1) journée de travail. De plus, le CECII a appuyé et soutenu les activités du Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires et du Comité de la relève infirmière. La composition du CECII au 31 mars 2019 se lit comme suit :

➤ M^{me} Karine Laplante, présidente ➤ M^{me} Émilie Delisle, vice-présidente ➤ M^{me} Marjolaine Lauriault, secrétaire ➤ M^{me} Sara Falardeau, trésorière ➤ M^{me} Alexandrine Alexandre ➤ M^{me} Dominique Lévesque ➤ M^{me} Monique Masseau ➤ M^{me} Audrey Simard	➤ M^{me} Nadia De Grandpré ➤ M^{me} Chantal Morin ➤ M^{me} Chloé Laframboise ➤ M^{me} Gail Ryan, directrice des soins infirmiers ➤ M^{me} Martine Potvin ➤ M^{me} Josée Filion, présidente-directrice générale par intérim
---	---

Conseil multidisciplinaire (CM)

Le Conseil multidisciplinaire est composé de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire et qui exercent pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement. Au CISSS de l'Outaouais, nous sommes plus de 2300 membres.

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

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

Le Conseil multidisciplinaire a tenu quatre (4) réunions régulières et une (1) conférence téléphonique en plus d'une assemblée générale annuelle. La composition du comité exécutif du conseil multidisciplinaire au 31 mars 2019 se lit comme suit :

➤ M ^{me} Sonia Létourneau, présidente	➤ M ^{me} Caroline Lanthier
➤ M. Yvan Liben, vice-président	➤ M ^{me} Marie-Josée Lacroix
➤ M ^{me} Céline Romain, secrétaire	➤ M ^{me} Roxane Daoust
➤ M. Sébastien Veillette, trésorier	➤ M ^{me} Isabelle Boisvert
➤ M. Pascal Boudreault	➤ M ^{me} Josée Fillion, présidente-directrice générale par intérim
➤ M ^{me} Andrée Daviau	➤ M ^{me} Julie Bonneville, directrice des services multidisciplinaires
➤ M ^{me} Fanny Lacroix	
➤ M ^{me} Michèle Pellerin	

Conseil des sages-femmes (CSF)

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

- Contrôler et d'apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement.
- Faire des recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres.
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres.
- Faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande de contrat pour exercer au CISSS de l'Outaouais.
- Faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme.
- Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration

En 2018-2019, le Conseil des sages-femmes a tenu quatre réunions régulières, trois réunions de révision par les pairs et deux réunions extraordinaires en plus d'une assemblée générale annuelle. La composition du comité exécutif du conseil des sages-femmes au 31 mars 2019 se lit comme suit :

➤ M ^{me} Tobi-Lynn Bayarova, présidente	➤ M ^{me} Gabrielle Filiou-Chénier
➤ M ^{me} Éloïse Lupien-Dufresne, vice-présidente	➤ M ^{me} Saïda Hamzaoui
➤ M ^{me} Parvin Makhzani, secrétaire	➤ M ^{me} Andréa Houle
➤ M ^{me} Roksana Behruzi	➤ M ^{me} Julie Léonard
➤ M ^{me} Kaoutar Bouadel	➤ M ^{me} Mireille Lévesque
➤ M ^{me} Kim Deslauriers	➤ M ^{me} Michèle Matte
➤ M ^{me} Emmanuelle Denie-Filion	➤ M ^{me} Nadia Zahali
➤ M ^{me} Martine Dumais	➤ M ^{me} Josée Filion, présidente-directrice générale par intérim
➤ M ^{me} Line Ferland-Alain	

Les autres comités et instances consultatives

Comité directeur du Département régional de médecine générale (DRMG)

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

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

9. Donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé;
10. Réaliser toute autre fonction que lui confie le président-directeur général du CISSS relativement aux services médicaux généraux.

La composition du comité directeur du DRMG au 31 mars 2019 se lit comme suit :

➤ D^r Marcel Reny, chef ➤ D^{re} Anh-Thu Vu-Khanh, secrétaire ➤ D^{re} Audrey Bertrand ➤ D^r Robert Bisson ➤ D^r Guy Bonenfant ➤ D^r Guillaume Berthier ➤ D^r Marcel Guilbault	➤ D^{re} Louise Laberge ➤ D^{re} Andrée-Anne Corneau Tousignant ➤ D^{re} Michèle Lajzerowicz ➤ D^r John Wootton ➤ M^{me} Josée Filion, présidente-directrice générale par intérim
--	---

Comité de gestion des risques stratégique (CGRi)

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

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

La composition du comité de gestion des risques stratégique au 31 mars 2019 se lit comme suit :

➤ M^{me} Constance Vanier, présidente ➤ M^{me} Suzanne Denis, vice-présidente ➤ M^{me} Julie Whissell, secrétaire ➤ M^{me} Laurence Barraud ➤ M^{me} Josée Beaurivage ➤ M. Germain Charron ➤ M^{me} Lyne Cousineau ➤ M^{me} Sophie Desjardins ➤ M^{me} Martine Dumais ➤ M^{me} Josée Filion, présidente-directrice générale par intérim	➤ M^{me} Pauline Fortin ➤ M^{me} Anic Landry ➤ M^{me} Caroline Lanthier ➤ M. Hugo Lemay ➤ M^{me} Colette Morin ➤ Dr François Payette ➤ M^{me} Martine Potvin ➤ M. Marcel Prévost ➤ M^{me} Anne-Renée Simoneau ➤ M. Martin Vachon
--	---

Comité d'éthique de la recherche (CER)

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

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

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

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

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

Les membres du CÉR du CISSS de l'Outaouais se sont réunis à quatre (4) reprises durant l'année 2018-2019 afin d'évaluer treize (13) nouveaux projets de recherche en plus d'assurer le suivi de cent vingt-huit (128) projets actifs.

La composition du comité d'éthique à la recherche au 31 mars 2019 se lit comme suit :

➤ M. Henri Fournier, président	➤ M ^{me} Véronique Nabelsi
➤ M ^{me} Mélissa Welburn, vice-présidente	➤ M. Mathieu Ouellet
➤ D ^r Robert Archambault	➤ M ^{me} Guilhème Pérodeau
➤ M ^{me} Marie-Sophie Desaulniers	➤ M ^{me} Yaël Sebban
➤ M ^{me} Catherine Janelle	➤ M. Jean-Philippe Tremblay
➤ M ^{me} Claudie Loranger	➤ M ^{me} Lucie Villeneuve
➤ M ^{me} Sylvie Marchand	➤ M ^{me} Anna Margulis (substitut)
	➤ M ^{me} Johanne Paradis (substitut)

Comité de coordination d'éthique clinique (CCEC)

Afin d'exercer son mandat, le CCÉC exerce les fonctions suivantes :

1. Élaborer et diffuser les outils;
2. Sensibiliser les différents milieux à l'éthique (information et formation);
3. Effectuer une vigie des recommandations éthiques;
4. Déterminer les orientations organisationnelles lorsque le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) aura adopté son cadre de référence;
5. Élaborer des lignes directrices quant aux normes établies par le CCÉC;
6. Évaluer la recevabilité de la demande de soutien;
7. Analyser la demande;
8. Rédiger un rapport de la démarche écrit au demandeur et, si nécessaire, à l'équipe clinique, la direction ou le gestionnaire;
9. Produire un avis à la demande du CA ou du PDG sur des enjeux organisationnels touchant l'éthique clinique;
10. Soutenir les directions afin de favoriser une culture éthique.

La composition du comité de coordination d'éthique clinique au 31 mars 2019 se lit comme suit :

➤ M. Louis Perron, président ➤ D^r Paul Robinson, vice-président ➤ M^{me} Marilyn Goulet, secrétaire ➤ M^{me} Line Leblanc ➤ M. Richard Sévigny ➤ M^{me} Hélène Béland ➤ M^{me} Julie Bonneville ➤ M^{me} Josée Corbeil ➤ M^{me} Nadia Degrandpré ➤ M^{me} Chantal Desjardins ➤ M^{me} Émilie Delisle	➤ M^{me} Johanne Demers ➤ M^{me} Sara Falardeau ➤ D^{re} Claudine Gemme ➤ M^{me} Kim Jeffrey ➤ M^{me} Nancy Lafontaine ➤ M^{me} Danielle Pharand ➤ M^{me} Suzie Lesage ➤ M^{me} Geneviève Saulnier ➤ D^{re} Marianne Simonyi-Poirier ➤ M^{me} Annie-Claude Tardif
---	---

Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

Les membres du CUCI ont tenu sept (7) rencontres régulières au cours de l'année 2018-2019 en plus d'une assemblée générale annuelle. Deux (2) recommandations ont été adressées par le CUCI au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais pour l'amélioration de la qualité des services en lien avec le mandat des comités des usagers :

1. *Que le CISSS de l'Outaouais mette l'emphasis sur des moyens pour contrer à la dépersonnalisation des milieux (menu, environnement, aménagement physique) et de voir à la bientraitance des résidents et usagers en contexte de pénurie;*

2. *Que le CISSS de l'Outaouais poursuivre ses actions en vue d'assurer un accès équitable aux services pour l'ensemble de la population (accessibilité aux personnes d'expression anglaise, aux personnes présentant des handicaps visuels ou physiques, etc.).*

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

3.3 Les faits saillants

L'année 2018-2019 a été marquée par le lancement d'un chantier de redéfinition des services de proximité gravitant autour des besoins réels de la population de l'Outaouais, à la fois dans le territoire urbain que dans les zones périphériques. Cette prise de conscience, entamée à l'automne 2018, a mené au rapport du mandataire, M. Sylvain Gagnon, lequel fournissait en février 2019 des objectifs tangibles qui seront adressés dans la première partie de l'année 2019-2020. Ce chantier nécessite un changement de paradigme important, entourant le rôle de leader du CISSS de l'Outaouais dans l'ensemble des territoires de l'Outaouais.

D'autres éléments marquants ont ponctué l'année financière 2018-2019. De façon concise, en voici les faits saillants :

- Ajout de deux appareils d'imagerie médicale et réaménagement du secteur de l'endoscopie à l'Hôpital de Hull (financement de 7,75 M\$) – Mai 2018.
- Inauguration des nouveaux locaux du centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté de l'Outaouais (financement de 5,4 M\$) – Mai 2018.
- Annonce de l'autorisation du projet d'agrandissement du Centre d'hébergement Vallée-de-la-Lièvre (financement de 5,4 M\$ - échéancier en 2022) – Mai 2018.
- Inauguration d'une clinique dentaire communautaire pour les personnes en situation d'itinérance (financement de 350 000 \$) – Juin 2018.
- Ouverture d'une halte-chaleur à Gatineau avec les partenaires communautaires, la Ville de Gatineau et l'Office d'Habitation de l'Outaouais pour trouver une solution afin de pallier à crise en lien avec l'itinérance et le manque de logements – Décembre 2018 à mars 2019.
- Ouverture de cliniques d'hiver en Outaouais visant à adresser l'augmentation des cas de grippe, de gastro-entérite ou autres infections hivernales – Janvier 2019.
- Adoption d'un plan de retour à l'équilibre budgétaire de 12,7 M\$ - Mars 2019
- Ouverture de la Maison des Collines offrant 6 lits de soins palliatifs - Mars 2019
- Négociation des matières locales des conventions collectives avec les partenaires syndicaux. Des ententes de principes ont été conclues avec le Syndicat des professionnels en soins de l'Outaouais (SPSO) et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) et les négociations sont toujours en cours avec l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux du Québec (APTS).

Quatre projets ont été soumis aux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux :

- Services intégrés aux Premières Nations.
- Initiative interdirection pour l'amélioration de la prise en charge des grands utilisateurs des services d'urgence et de soins de courte durée.
- Liaison usager – hôpital – unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) – soutien à domicile (SAD), un partenariat réussi pour un retour dans la communauté.
- Guichet régional SAD-SG, la porte d'entrée aux services.

Les principales modifications apportées en 2018-2019 dans les services offerts, les ressources humaines, matérielles et financières, sont :

- Direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)
 - Ajout de 19,4 emplois à temps complet et 3 000 000 \$ en fonds de répit, soutien, dépannage et services achetés en services à domicile en vertu du nouveau financement.
 - Finalisation de l'implantation du 2e bain en CHSLD en Outaouais avec financement de 1 058 300 \$.
 - o Nombre d'embauches 2e bain : 30 postes de préposés aux bénéficiaires pour un équivalent de 18,4 temps complet.

- Ouverture de 19 places soit 12 en résidences privées pour aînés (RPA) et 7 en Ressources intermédiaires (RI).
- Direction des programmes déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-DP-TSA) : investissement de 3,2 M\$ permettant le développement des services suivants :
 - 61 nouvelles places en hébergement;
 - 28 places en activités de jour;
 - Investissement supplémentaire dans les soins à domicile.
- Direction santé mentale et dépendance
 - Ajout de 7,5 postes à temps complet dans les services de gestion de l'intoxication et du sevrage, du traitement aux opioïdes et des services de proximité en dépendance;
 - Réintégration des services hospitaliers et externes spécialisés à l'hôpital Pierre-Janet suite à la complétion des travaux de réfection.
- Direction des programmes jeunesse :
 - Déménagement de 28 places en centre de réadaptation pour jeunes de 13 à 17 ans vers une nouvelle annexe construite au complexe Freeman à Gatineau.
 - Plan pour la fugue: ajout d'un agent de liaison et de 5 spécialistes en activités cliniques.

Principaux enjeux du CISSS de l'Outaouais

Les principaux enjeux gravitent autour des priorités organisationnelles qui sont :

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

Priorités organisationnelles du CISSS de l'Outaouais pour 2019-2020

En décembre 2018, la ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Danielle McCann, répondait à une demande du conseil d'administration et du PDG du CISSS de l'Outaouais afin de nommer un mandataire M. Sylvain Gagnon, visant à examiner les enjeux liés à l'organisation des services, la disponibilité des ressources, la réponse aux besoins de la population et la gouvernance du Centre intégré de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Le CISSS de l'Outaouais a reçu le 20 février 2019 le rapport du mandataire qui comprenait six recommandations. Celles-ci deviennent les grandes priorités organisationnelles pour l'année 2019-2020 :

1. Établir des liens de communication efficaces et soutenus avec les autorités régionales et les partenaires locaux.
2. Favoriser et soutenir la mise en place du comité consultatif.
3. Mieux coordonner les actions sur le territoire par la présence de cadres en autorité, responsables de l'organisation des services et des activités qui se réalisent à l'intérieur des installations de l'établissement et auprès des partenaires du milieu.
4. Assurer une représentation des milieux au sein du conseil d'administration du CISSSO.
5. Élaborer un plan de consolidation et de développement des services de proximité.
6. Soutenir la direction du CISSSO dans l'élaboration du projet de développement d'un nouveau centre hospitalier.

Afin d'épauler le CISSS de l'Outaouais dans la mise en œuvre de ces recommandations, la ministre de la Santé et des Services sociaux a nommé une accompagnatrice, Mme Martine Couture, pour un mandat s'étalant du 20 février au 28 juin 2019.

En addition aux recommandations du mandataire, le CISSS de l'Outaouais a ciblé les priorités suivantes :

7. Attentes signifiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux;
8. Engagements inscrits à l'Entente de gestion et d'imputabilité;
9. Retour à l'équilibre budgétaire;
10. Réalisation du plan clinique visant à entamer une réflexion sur les besoins d'ajout de services dans la région de l'Outaouais en fonction des besoins de la population et des données les plus récentes disponibles dans une perspective de l'an 2036.

Portrait par direction

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

Directions programme santé physique générale et spécialisée

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

La DERUR coordonne les activités de recherche et tous les stages cliniques de l'établissement ainsi que les activités de soutien à l'enseignement et la recherche :

- Un centre de recherche comprenant un bureau de la recherche et 4 axes de recherche, un comité scientifique et une assemblée des chercheurs;

- Un service de coordination de tous les stages cliniques (universitaires, collégiaux et centres de formations professionnelles), soit médicaux, en soins infirmiers et en services professionnels;
- Un service d'organisation de l'externat en soins infirmiers, inhalothérapie et techniques de laboratoire.
- Deux cliniques offrant des services de santé en communauté combinant une mission d'enseignement en particulier pour le programme de résidence en médecine de famille;

La DERUR développe les services de soutien à la mission universitaire :

- Le centre de bibliothèques incluant un service en ligne et de prêt de documents.
- Le portail clinique du CISSSO pour les intervenants et les partenaires.
- La plateforme e-learning Connexence.
- L'organisation de colloques dont celui de santé mentale aux 2 ans. Le prochain colloque aura lieu en octobre 2019.
- Les 2 contrats d'affiliation avec nos deux universités principales soit l'UQO et l'Université McGill.

Au niveau de l'enseignement : plus de 8 600 semaines de stages cette année dans nos milieux cliniques sur tout le territoire de l'Outaouais dont 2 600 en médecine (augmentation de 11 %), 3 570 en soins infirmiers (diminution de 21 %) et 2 435 en services professionnels (diminution de 10 %). Cela représente une diminution totale de 9 % par rapport à l'année dernière. La chute la plus marquée se retrouve du côté des soins infirmiers où malheureusement les cohortes d'étudiants ont diminué drastiquement.

121 projets de recherche actifs, dont 31 nouveaux, 71 chercheurs et 2 Millions \$ de revenus de recherche générés.

Au niveau de notre GMF-U, plus de 39 000 visites cette année (augmentation de 13 %) avec un taux d'assiduité de 91 %.

Les services de recherche d'articles scientifiques ont explosé avec plus de 400 H de recherche sur plus de 85 sujets différents (augmentation de 36 %).

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Révision complète de la programmation de recherche de notre centre de recherche en médecine psychosociale avec création de 4 nouveaux axes : Efficacité des traitements et pratiques novatrices, Expérience et autogestion de la maladie, Santé et mieux-être des ressources soignantes et E-Santé.	Mobilisation du personnel Première ligne et urgence Sécurité et pertinence
2. Mise en place d'E-Consult Qc dans notre GMF-U avec plus de 1000 e-expertises faites dans plus de 20 spécialités et soutien de l'Abitibi et de la Mauricie pour leur déploiement. Financement du MSSS pour le développement complet dans les 3 régions.	Première ligne et urgence
3. Révision complète de notre processus au bureau de la recherche pour le démarrage d'un projet de recherche en étroite collaboration avec le Comité d'Éthique de la recherche permettant de passer d'une moyenne de 86 jours à 53 jours (en dessous de celle du Québec).	Organisation efficiente

4. Organisation de notre première activité interprofessionnelle en octobre 2018 regroupant plusieurs stagiaires d'horizon différent (médecine, soins infirmiers, PAB , inhalothérapie, travail social, etc.) ainsi que le développement de nos premiers stages interprofessionnels infirmières-travailleurs sociaux pour stage infirmier en santé mentale.	Sécurité et pertinence
5. Réussite de l'agrément académique au niveau du programme de résidence en médecine de famille (GMF-U) en mars 2019.	Première ligne et urgence
6. Plus de 85 demandes d'utilisation de fonds dans l'enveloppement des revenus de stages pour un total de 132 000\$ et plus octroyés (formations, colloques, livres, outil clinique, diner/souper reconnaissance...).	Mobilisation du personnel
7. Développement de notre centre de simulation avec plus de 130 activités effectuées cette année (augmentation de plus de 300%), exemple simulation pour les césariennes d'urgence.	Sécurité et pertinence

Enjeux :

- Adaptation des milieux cliniques avant l'ouverture du Campus Outaouais de la faculté de médecine de l'Université;
- Financement du centre de recherche si la réponse des Fonds de recherche en Santé du Québec (FRSQ) est négative;
- Diminution des cohortes d'étudiants des maisons d'enseignements pour les métiers du réseau de la santé et des services sociaux;
- Développement du portail clinique 3.0 compromis au niveau du financement.

Direction des soins infirmiers (DSI)

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

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

En ce qui concerne l'axe des services de soins en santé physique à la population, la DSI assume :

- La gestion des services spécialisés et de réadaptation en milieu hospitalier ;
- La gestion des urgences et services communautaires incluant la gestion des services dans les huit salles d'urgence du territoire, les services de première ligne en santé courante, les maladies chroniques et soins palliatifs ainsi que les services en centre de détention;
- La gestion des unités d'hospitalisation sur tout le territoire répartie dans six hôpitaux ainsi que les services en spécialités dont : la néphrologie, la cardiologie et les soins intensifs;
- La gestion des blocs opératoires dans cinq hôpitaux;

- La gestion des services de cancérologie en centre régional et en centre de proximité ainsi que les services d'endoscopie pour tout le territoire;
- La gestion des services cliniques en inhalothérapie et les centres de retraitement des matériaux et instruments cliniques,

La gestion du programme dons d'organes et de tissus pour l'ensemble des hôpitaux.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Développement et ouverture du site satellite d'hémodialyse au Pontiac.	Services spécialisés Organisation efficiente
2. Développement d'un référentiel de compétences infirmières et infirmières auxiliaires et organisation d'une rencontre intraprofessionnelle pour les infirmières au CISSS de l'Outaouais avec les maisons d'enseignement CEGEP de l'Outaouais, UQO et Collège Héritage; plus de 100 participants.	Mobilisation du personnel Organisation efficiente
3. Début des travaux de réaménagement des locaux pour l'endoscopie à hôpital de Shawville.	Services spécialisés Organisation efficiente
4. Développement centre d'expertise en maladies chroniques : Suivi interdisciplinaire des pompes à insuline, développement de proximité MPOC à Papineau et téléadaptation MPOC à Maniwaki, mise en place d'un continuum de soins de plaies en CLSC urbains et ouverture d'une maison en soins palliatifs à Des Collines.	Première ligne et urgence Organisation efficiente
5. Mise en place du projet ratio du MSSS à l'urgence de Hull.	Première ligne et urgence

Enjeux :

- Assurer une saine gestion des effectifs des ressources humaines;
- Assurer une saine gestion des dépenses liées à la direction;
- Assurer une offre de services de proximité;
- Développer des approches intra et inter professionnelles;
- Assurer l'accès au plateau de chirurgie afin de respecter les délais;
- Assurer la gestion de l'information en temps opportun en radio-oncologie;
- Assurer un climat de travail sain en cancérologie;
- Avoir une organisation de travail optimal en cancérologie;
- Avoir suffisamment de personnel afin d'offrir des soins et services de qualité et sécuritaires;
- Assurer une saine gestion des NSA dans nos lits de courte durée pour assurer l'accès aux lits en temps opportun et une meilleure fluidité dans la trajectoire service;
- Dans le cadre de l'approche de la gestion intégrée de santé organisationnelle (GISO), un comité de travail fut mis en place pour agir au niveau de la présence au travail, notamment en lien avec les absences maladies pour éviter le temps supplémentaire et le temps supplémentaire occasionnel et favoriser un meilleur climat de travail;
- Un projet ratio, accepté par le ministère, est en cours d'actualisation à l'urgence de l'hôpital de Hull en lien avec la disponibilité des ressources.

Direction des services professionnels (DSP)

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

Les activités diversifiées de la DSP sont réparties sur tout le territoire du CISSS de l'Outaouais et s'adressent à plusieurs programmes clientèle. En plus d'offrir un soutien aux divers comités relevant du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), de coordonner les activités du Département régional de médecine générale (DRMG); les activités de cette direction visent également à assurer l'accès aux services de proximité, aux médecins de famille, aux cliniques spécialisées et à la planification chirurgicale.

La gestion des services de laboratoires, d'imagerie médicale et de pharmacie est également assumée par la DSP, de même que celle des services préhospitaliers d'urgence, du programme Réseau de traumatologie, de la Télésanté et du programme de Remboursement des services médicaux reçus en Ontario. La DSP pilote enfin le dossier de l'Aide médicale à mourir.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Département régional de médecine générale (DRMG) : Vingt postes du PREM 2018 ont été octroyés sur 23. L'Outaouais atteint le seuil de 81.8% de la population inscrite à un médecin de famille et joint ainsi la moyenne provinciale. Un 15e GMF en Outaouais a adhéré au Programme de financement et de soutien aux professionnels en GMF.	Première ligne et urgence
2. Centre de répartition des demandes de services : Pourcentage de l'atteinte des cibles de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais cliniques associés à leur condition clinique (priorités A à E). L'Outaouais joint la moyenne provinciale.	Services spécialisés
3. Gouvernance médicale : L'ensemble des départements ont un chef de département et 94 % des chefs de services sont nommés.	Organisation efficiente
4. Pertinence clinique : Comité des services diagnostiques mis en place, plan d'action en cours d'élaboration, volet imagerie médicale. Poursuite des travaux du comité de demandes de nécessité particulière, et respect des indications pharmacologies reconnues.	Sécurité et pertinence
5. Amélioration de l'accessibilité aux services diagnostiques : • Ouverture de plages horaires de soir en tomodensitométrie • Diminution des délais de traitement des spécimens en pathologie, cytologie et microbiologie.	Organisation efficiente

Autres éléments :

- Mise en place d'un GMF au CLSC de Saint-André-Avellin, le GMF Petite-Nation. À l'ouverture il y avait 5900 patients inscrits, au 31 mars 2019, il y avait 6833 patients inscrits. On y offre de l'accès adapté et les

heures d'ouverture sont du lundi au mercredi de 8h00 à 20h00, jeudi et vendredi de 8h00 à 16h00. Ce GMF améliorera grandement l'accès en médecine générale en proximité.

- Déploiement des phases 2 et 3 du Centre de répartition des demandes de services (CRDS) en vue de l'amélioration de l'accès aux services spécialisés pour une consultation en provenance du médecin de famille pour 21 spécialités.

Enjeux :

- Difficultés de recrutement d'un nouveau Directeur des services professionnels suivant le départ du directeur en poste en février 2019;
- Report des travaux visant à consolider la cogestion médicale au sein de l'organisation;
- Réalisation d'un plan de déploiement du bilan comparatif des médicaments (BCM) pour toutes les clientèles de tous les secteurs, en commençant par les secteurs visités à la visite d'agrément de juin 2019;
- Le recrutement et la rétention des effectifs médicaux, tant en omnipratique qu'en spécialités;
- L'accessibilité aux examens et services diagnostiques.

Direction des services multidisciplinaires (DSM)

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

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

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

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

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

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Participation à une recherche-action collaborative permettant d'implanter 23 groupes de codéveloppement professionnels. Cette modalité de soutien clinique touche 148 employés des directions cliniques. Ces groupes permettent aux	Organisation efficiente

participants de développer une meilleure connaissance de leurs compétences ainsi qu'une meilleure capacité à résoudre des problèmes éthiques et professionnels rencontrés dans l'exercice de leur fonction.	
2. Déploiement de dossiers médicaux électroniques (DMÉ) dans certains GMF intégré au CLSC de Saint-André-Avellin.	Organisation efficiente
3. Travaux de préparation à l'implantation du dossier clinique informatisé (DCI). Travaux en lien avec le rehaussement des ADT et les nouvelles orientations provinciales en matière de choix de système.	Organisation efficiente
4. Mise en place du projet de numérisation des dossiers d'adoption dans le cadre des travaux provinciaux en lien avec la Loi 113.	Organisation efficiente

Enjeux :

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

Directions programmes sociaux et de réadaptation

Direction de santé publique (DSPu)

La DSPU agit selon les mandats légaux qui lui sont conférés notamment par la Loi sur la santé publique et la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Elle exerce les fonctions de surveillance de l'état de santé de la population de l'Outaouais, de promotion de la santé, de prévention en amont des problèmes de santé et des problèmes sociaux et de protection.

Les directions de santé publique des 18 territoires (régions) du Québec mettent en œuvre le Programme national de santé publique (PNSP), une stratégie commune pour l'amélioration de la santé des Québécois, basée notamment sur la réduction des inégalités sociales de santé et le développement des communautés. Le PNSP 2015-2025 est adapté aux caractéristiques de l'Outaouais dans le Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2016-2020 du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais.

La DSPU coordonne dans le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais la dispensation de services directs à des personnes : vaccination, gestion des éclosons et des infections transmises sexuellement et par le sang, mesures en santé buccodentaire, réponses à des demandes en lien avec la santé environnementale, etc., et offre des programmes préventifs tels que les services de santé au travail aux entreprises de l'Outaouais.

La DSPU soutient aussi par son expertise des programmes préventifs destinés à des groupes ou à des populations : services intégrés de prévention à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE), prévention des chutes chez les personnes âgées, etc.

Les professionnels de la DSPU collaborent aussi avec les acteurs du réseau de la santé et avec les partenaires intersectoriels pour agir sur les déterminants de la santé (isolement, condition socio-économique, logement, scolarité, etc.) afin de favoriser l'adoption de saines habitudes de vie et le développement d'environnements physiques et sociaux sains et sécuritaires.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Diffusion des résultats de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) o Six rendez-vous locaux ont été organisés pour couvrir l'ensemble des territoires de l'Outaouais afin de diffuser les résultats de l'enquête et initier une réflexion sur les actions à prendre. En plus de représentants du CISSS de l'Outaouais, près de 450 partenaires des milieux scolaires, communautaires, de la petite-enfance et du municipal étaient présents et se sont mobilisés pour les tout-petits.	Habitudes de vie Personnes vulnérables
2. Promotion de l'offre d'activités physiques destinées aux filles (niveau secondaire) – Fillactive - o Inscription et adhésion de 12 écoles secondaires de l'Outaouais ainsi que près de 500 filles participantes. - o Participation de près de 900 filles à l'événement Célébration de Fillactive se tenant à Gatineau, 10 mai 2018	Habitudes de vie
3. En collaboration avec les commissions scolaires, rédaction d'une politique publique favorisant les saines habitudes de vie qui vise à favoriser l'intégration de saines habitudes de vie aux pratiques éducatives afin de soutenir l'apprentissage et le développement des compétences personnelles et sociales chez les jeunes o Politique adoptée dans les 4 commissions scolaires francophones de l'Outaouais. Les travaux se poursuivent pour rédiger un canevas de plan d'action pour les écoles de ces commissions scolaires.	Habitudes de vie
4. Tournée des Centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) de l'Outaouais - o La distribution de matériel de consommation de drogues est une stratégie reconnue efficace pour la prévention de la transmission du virus de l'hépatite C (VHC) et du VIH et des autres complications possibles chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI). - o 50 CAMI (pharmacies, CLSC, hôpitaux) ont été visités. Cette démarche a permis de poser des questions sur la participation au CAMI, sur les enjeux, sur les besoins afin de consolider ce programme.	Personnes vulnérables Prévention des infections

Enjeux :

- Le Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2016-2020 est un plan ambitieux qui demande l'engagement des ressources du CISSS de l'Outaouais et des partenaires intersectoriels dans des actions structurantes et qui ont des impacts à court, moyen et long terme sur la santé et le bien-être de la population. Le maintien de ces collaborations est essentiel pour atteindre les cibles inscrites dans ce plan.

Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

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

Les services offerts sont les suivants :

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

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Projet étudiants – Loi sur la protection de la jeunesse Dans le but de recruter du personnel pour nos services, la Direction de la protection de la jeunesse et la Direction des programmes jeunesse ont mis sur pied un projet que nous voulons récurrent où nous procédons à l'embauche d'étudiants en 2 ^e année de baccalauréat. Ceux-ci sont embauchés dans nos services durant la période estivale. Ils ont par la suite accès à un stage et à la fin de leurs études, à un processus d'embauche accéléré.	Mobilisation du personnel Organisation efficiente Services spécialisés
2. Chien de soutien émotionnel Dans le but de soutenir les enfants dont la sécurité et/ou le développement sont compromis, notre direction a fait l'acquisition d'un chien de soutien en provenance de MIRA.	Services spécialisés Personnes vulnérables Mobilisation du personnel
3. Liste d'attente Face aux listes d'attente existantes, notre direction a mis sur pied un plan d'action touchant toutes les étapes de notre processus. L'objectif étant d'assurer une vigie, soutenir les équipes, s'entraider et contribuer à ce que les listes d'attente se maintiennent ou diminuent.	Organisation efficiente Sécurité et pertinence Personnes vulnérables
4. Équilibre budgétaire Notre direction termine pour une quatrième année en équilibre budgétaire et une performance globale au-dessus du tiers performant.	Organisation efficiente Services spécialisés Mobilisation du personnel

5. Coordination soir-nuit-fin de semaine / garde psychosociale Notre direction a intégré cette année à son offre de services, les résidences en santé mentale adulte, ce qui complète l'offre de services de la garde psychosociale pour l'ensemble du CISSS de l'Outaouais.	Première ligne et urgence Organisation efficiente
---	--

Enjeux :

- Recrutement et rétention du personnel;
- Listes d'attentes en protection de la jeunesse;
- Assurance-salaire;
- Équilibre budgétaire.

Direction des programmes jeunesse (DJ)

La direction des programmes jeunesse regroupe l'ensemble des services à la jeunesse, de la période prénatale et jusqu'à l'âge de 18 ans, à l'exception des services pour la clientèle en déficience intellectuelle, en déficience physique et en trouble du spectre de l'autisme.

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

Certains des services de la direction sont offerts en milieu hospitalier (Centre hospitalier de Gatineau et Hôpital Pierre-Janet), mais la majorité s'offre en communauté via des équipes interdisciplinaires territoriales et des équipes intégrées en milieu urbain.

Projets en cours :

- Chantier clinique JED
- Travail nomade
- Réaménagement de l'unité de périnatalité hospitalière (projet TARP)
- Amélioration des soins intermédiaires en pédiatrie (lits de stabilisation)

Projets réalisés

- Équipe post-crise
- Offre de services de groupes
- Optimisation du plan d'action pour réduire les fugues en CRJDA
- Retour des services à l'hôpital Pierre-Janet
- Adoption de la politique sur l'allaitement
- Standards de pratique
- Sondage appréciation de la clientèle
- Visites supervisées (supervision droits d'accès)
- Déménagement des jeunes au complexe Freeman

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Déménagement des jeunes en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation.	Sécurité et pertinence
2. Bonification de l'équipe de sages-femmes à la maison de naissance.	Sécurité et pertinence
3. Début des travaux pour des lits de soins intermédiaires à l'unité de pédiatrie.	Sécurité et pertinence
4. Retour des activités à l'hôpital Pierre-Janet pour les jeunes 0-17 ans.	Personnes vulnérables
5. Travaux découlant du chantier JED (6 sous-chantiers et 5 sous-chantiers notamment le développement de l'équipe post-crise, les standards de pratique, offre de services de groupe,...)	Personnes vulnérables Première ligne et urgence

Enjeux :

- Performance financière (statistiques jeunesse);
- Attraction, recrutement et rétention de la main-d'œuvre;
- Santé organisationnelle (assurance-salaire) ;
- Performance clinique, notamment :
 - o l'accessibilité aux services – modalités de guichet d'accès, dépistage précoce, délais d'attente
 - o l'optimisation de la trajectoire dépendance jeunesse
 - o les services de proximité
- Rapatriement de la clientèle qui consomme des services en Ontario tant au niveau de l'obstétrique que de la pédiatrie;
- Développement de services en lien avec les nouvelles orientations ministérielles (agir tôt, JED, santé mentale ...).

Direction des programmes santé mentale et dépendance (DSMD)

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

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Accès au traitement de l'hépatite C pour la clientèle dépendante aux opioïdes.	Personnes vulnérables
2. Amélioration de l'accès aux services de traitement de la dépendance aux opioïdes.	Personnes vulnérables
3. Aménagement de deux nouveau foyers de groupe de réadaptation pour personnes ayant un trouble mental grave.	Personnes vulnérables
4. Réduction de la cohorte de grands utilisateurs avec profil dépendance et profil santé mentale.	Personnes vulnérables
5. Mise en place de l'équipe Images+ pour la population en situation d'itinérance ayant un trouble mental.	Personnes vulnérables
6. Soutien psychosocial pour les sinistrés des tornades qui ont frappé Gatineau et le Pontiac.	Personnes vulnérables

7. Mise en place de l'équipe Images+ pour la population en situation d'itinérance ayant un trouble mental.	Personnes vulnérables
--	-----------------------

Enjeux :

- Accès aux services externes des programmes santé mentale et dépendance;
- Accès à des ressources d'hébergement et à des logements avec soutien communautaire;
- Disponibilité de la main-d'œuvre et pénurie de certains titres d'emploi ;
- Taux élevé d'assurance-salaire;
- Insuffisance d'espace pour les activités clinique et pour l'accueil de stagiaires;
- Recrutement de psychiatres;
- Investissement important de professionnels dans les catastrophes naturelles à répétition à même les effectifs des programmes-services;
- Manque de lits en santé mentale.

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

La Direction des programmes DI-DP-TSA a pour mission d'offrir une organisation de services de proximité aux personnes ayant une déficience afin de contribuer à développer et maintenir leurs capacités, à compenser leurs incapacités et permettre leur participation sociale en collaboration avec les proches.

La direction offre un continuum de services où l'utilisateur et ses proches sont au centre de ses actions. Elle mise sur l'intégration des services afin que l'utilisateur bénéficie d'un parcours fluide ainsi qu'une expérience de soins et services qui soient le plus positifs possible. Elle est toujours à la recherche d'innovation et applique les meilleures pratiques. Elle travaille en interdépendance avec ses partenaires internes et externes et en dialogue avec ses usagers et leurs proches dans le but d'offrir une qualité de services exemplaire.

Les services et les programmes sont adaptés aux besoins de la clientèle. Le guichet d'accès voit à orienter les demandes en fonction des besoins des usagers. Les services vont de l'intervention intensive en réadaptation à l'interne jusqu'au suivi en externe et peuvent inclure plusieurs expertises de pointe, qu'ils soient destinés aux personnes de moins de 18 ans ou aux adultes :

- l'intervention précoce intensive (IPI) pour la clientèle DI;
- l'intervention comportementale intensive (ICI) pour la clientèle TSA;
- la réadaptation physique et sensorielle;
- la réadaptation du comportement;
- l'intervention adaptée aux troubles graves du comportement;
- la clinique régionale de développement de l'enfant;
- les services d'aides techniques.

Afin de favoriser une véritable inclusion et participation sociale, on trouve aussi des programmes et services, dispensés le plus près possible de l'utilisateur :

- services de soutien à domicile;

- adaptation domiciliaire ou de véhicule;
- milieu d'hébergement substitut, non institutionnel;
- allocations directes et de répit/dépannage;
- prêt d'équipements;
- activités de jour.

La direction est fière d'offrir des services intégrés pour sa clientèle.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Révision de l'organisation des services en ressources de réadaptation du comportement : - Nouveau mandat et réorganisation du travail; - Implication d'un psychiatre	Personnes vulnérables Services spécialisés Organisation efficiente
2. Amélioration de l'offre de services - Toutes les demandes sont maintenant orientées selon une approche par besoins plutôt que par diagnostics; - Augmentation de l'accès; - Respect du plan d'accès; - Création d'une équipe pour soutenir et appuyer les jeunes du milieu scolaire secondaire dans l'application de la TÉVA. (Transition École Vie Active); - Nouveaux développements en SAD qui se poursuivent; - Développement de 28 nouvelles places en activités de jour.	Personnes vulnérables Organisation efficiente
3. Meilleure intégration des services : - Poursuite de l'implantation du cadre de référence pour l'intégration des services en DI-DP-TSA; - Élaboration et suivi du plan d'action de la direction; - Poursuite de la mise en place du plan d'action TSA (2017-2022).	Organisation efficiente Personnes vulnérables Mobilisation du personnel
4. La mise en place des équipes terrain pour les NSA a été présentée et reconnue au Forum SAD et au Colloque DP.	Organisation efficiente
5. Implication soutenue en recherche DI-TSA • Présence au conseil de la mission universitaire de l'Institut universitaire en DI-TSA; • Présence au comité d'arrimage de la mission universitaire; • Création d'un comité inter directions recherche-pratique en DI-DP-TSA.	Organisation efficiente

Enjeux :

- La pénurie du personnel occasionne une augmentation des listes d'attente;
- Le développement des nouvelles places en RI est reçu positivement, mais s'actualise difficilement considérant un nombre bien insuffisant de postulants aux appels d'offres;
- Le développement de certaines ressources d'hébergement plus spécialisées, actuellement inexistantes, pour des usagers avec des besoins complexes est à entrevoir;
- Le Service Régional d'Aides Techniques vit une grave pénurie de techniciens en orthèse-prothèse occasionnant du retard de fabrication et de livraison;
- La poursuite du développement du continuum en réadaptation physique est un incontournable.

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

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

La direction SAPA comporte deux directions adjointes :

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

- Gamme variée de soins et services professionnels et d'aide à domicile;
- Centres de jour et Hôpitaux de jour;
- Unité de courte durée en gériatrie;
- Approche adaptée à la personne âgée;
- Environ 28 ressources non institutionnelles représentant plus de 435 places;
- Environ 68 résidences privées pour personnes âgées représentant 4 251 unités locatives.

2) Volet Hébergement :

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

Principales réalisations	Axe(s) de la planification stratégique relié(s)
1. Intensification des services à domicile en suivi des trois plans d'investissements.	Personnes âgées Organisation efficiente
2. Implantation du projet visant l'usage approprié des antipsychotiques en CHSLD chez les résidents ayant des symptômes comportementaux et perturbateurs liés à la démence (OPUS-AP).	Personnes âgées Organisation efficiente
3. Révision de l'offre alimentaire dans les CHSLD.	Personnes âgées Sécurité et pertinence
4. Consolidation de l'équipe SCPD.	Personnes vulnérables Services spécialisés
5. Consolidation du réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA) incluant la création de la Table de concertation régionale du réseau territorial de service (RTS) du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées.	Personnes âgées Organisation efficiente

Enjeux :

- Sans contredit, l'enjeu principal reste toujours le vieillissement de la population. Les défis démographiques de l'Outaouais sont réels. La majorité des aînés souhaitent vieillir à domicile en toute sécurité et recevoir la panoplie de soins et de services adéquats et adaptés à leur condition de santé. Également, les services de soutien aux proches aidants d'aînés sont grandissants;
- L'harmonisation de nos pratiques et de nos services en respect des réalités territoriales autour du domicile ou des milieux de vie de nos usagers demeure primordiale. De plus, le développement de places supplémentaires en ressources non institutionnelles ou encore en CHSLD progresse. Les projets

immobiliers en cours d'élaboration viendront grandement aider à mieux desservir la population de l'Outaouais;

- La pertinence de chaque service donné demeure au cœur de nos préoccupations afin d'assurer une meilleure qualité de services et surtout permettre l'autodétermination et le choix de l'utilisateur, peu importe son milieu de vie, et ce, en réponse aux besoins variés de nos clientèles. La clientèle s'attend à recevoir des soins et services imprégnés de bienveillance. Faire preuve de considération, d'écoute active, de courtoisie, de compassion et de respect envers les personnes âgées est un gage assuré d'un service sécuritaire et de qualité;
- Une desserte augmentée tant en nombre d'utilisateurs qu'en intensité de services pour les clientèles vulnérables dans tous nos services et ce, avec moins de délais d'attente, demeure un défi de taille avant tout par la difficulté à recruter du personnel compétent et en nombre suffisant sur une base continue. La diminution des cohortes d'étudiants dans les établissements d'enseignement et de superviseurs de stage est aussi un enjeu. L'ampleur des absences du personnel (assurance-salaire) a un impact majeur sur la mobilisation du personnel et sur la santé de notre organisation. Les travaux visant l'amélioration de la santé organisationnelle sont d'une grande importance afin de créer une organisation où le personnel trouve qu'il fait bon de travailler. Notre main-d'œuvre est aussi vieillissante. En conséquence, la rétention et la formation de notre personnel actuellement en place revêtent un caractère important. En ce sens, le soutien technologique pour assurer le transfert de connaissances demeure essentiel;
- La lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées est un enjeu important et en évolution.

Directions soutien, administration et performance

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

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

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

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

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

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

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Bilan et plan d'action sur les liens systémiques en qualité.	Sécurité et pertinence
2. Élaboration et adoption de la politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.	Personnes âgées Personnes vulnérables
3. Accompagnement des directions et leurs équipes par de la formation, du coaching, des ateliers de co-construction visant le transfert de connaissances et la production d'outils dans le cadre du déploiement des salles de pilotage tactiques et opérationnelles incluant les stations visuelles.	Organisation efficiente Mobilisation du personnel
4. Mise en place d'une structure de gouvernance pour la gestion et l'implantation du projet – Coût par parcours de soins et services (CPSS).	Organisation efficiente Gestion de l'information
5. Élaboration du programme de gestion intégrée des risques organisationnels.	Sécurité et pertinence Organisation efficiente

Enjeux :

- L'élaboration des plans d'amélioration continue de la qualité de façon systémique et proactive;
- Le manque d'interopérabilité des systèmes d'informations, ce qui limite la portée des analyses produites, notamment au niveau des trajectoires cliniques;
- L'implantation de l'approche sur le partenariat avec l'utilisateur et ses proches.

Direction des services techniques et de la logistique (DSTL)

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

- 53 bâtiments, incluant 7 hôpitaux et 14 centres d'hébergement;
- Production et distribution de près de 3 millions de repas annuellement;
- Une buanderie centrale et 2 buanderies satellites;
- De l'approvisionnement en produits et services pour une valeur de plus de 200 M\$ par année;
- Du transport de matériel et de personnes;
- De la réalisation des projets d'infrastructure telle que 3 projets de CHSLD et la faculté de médecine.

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

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

La DSTL assure aussi la gestion de 41 baux sur l'ensemble du territoire pour des immeubles ou locaux tels que : CLSC, résidences à assistance continue, maisons pour médecins/résidents, bureaux administratifs, etc.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
---------------------------------	--

1. Obtention d'une subvention de 300 000 \$ de Santé Canada (un des dix récipiendaires au Canada) pour un projet en lien avec l'adaptabilité de l'environnement bâti, aux changements climatiques.	Organisation efficiente
2. Poursuite d'une étude visant à améliorer les flux de transports des matières et des personnes. Il s'agit d'un partenariat avec l'UQO.	Organisation efficiente
3. Mise en service des trois centres de production alimentaire dans les hôpitaux de Gatineau, Shawville et Maniwaki. Un rappel que ce projet vise principalement à accentuer le plaisir de manger, augmenter la diversité de l'offre et accroître la sécurité alimentaire.	Personnes âgées Organisation efficiente
4. Exercice d'identification et d'attribution des zones grises, permettant d'attribuer la responsabilité du nettoyage de surfaces ou petits équipements susceptibles d'être en contact avec les patients et ainsi assurer un environnement sécuritaire tout en réduisant les sources de contamination.	Sécurité et pertinence Organisation efficiente
5. Finalisation des travaux de reconstruction de l'hôpital Pierre-Janet, un projet de 17 M\$ ainsi que de l'agrandissement du complexe Héritage pour les jeunes en difficulté.	Organisation efficiente
6. Coordination des activités de sécurité civile en lien avec la tornade du 21 septembre 2018.	Organisation efficiente Sécurité et pertinence

Enjeux :

- Les initiatives en matière de développement durable seront de plus en plus nombreuses et la direction doit revoir ses priorités au niveau des ressources afin de pouvoir continuer à assurer le leadership attendu;
- La direction doit répondre à plusieurs nouveaux projets de développement qui permettront d'améliorer les services à la population de l'Outaouais, mais qui requièrent des investissements importants en temps de la part de ses professionnels;
- La disponibilité des locaux demeure un enjeu majeur particulièrement dans un contexte où des réinvestissements en personnel sont faits pour soutenir les programmes importants tels que le soutien à domicile;
- La rareté des ressources humaines entraîne une pénurie dans plusieurs secteurs, notamment au niveau des postes de gestion;
- Amélioration des processus dans la logistique et la gestion des transports;
- Mise à jour de l'ensemble des plans de mesures d'urgence pour chacune des installations.

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

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

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

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification</i>
---------------------------------	-----------------------------------

	<i>stratégique relié(s)</i>
1. Unification des annuaires <i>Active Directory</i>	Organisation efficiente
2. Système téléphonique, passage à la numérotation à 6 chiffres des postes téléphoniques	Organisation efficiente
3. Investissements majeurs en équipements médicaux : - Endoscopie CISSSO : 1M \$ - Radioscopie (Maniwaki) : 800 000 \$ - Tomodensitomètre (Papineau) : 800 000 \$ - Lève-patients sur rail (CISSSO) : 400 000 \$ - 411 Lits électriques (CISSSO) : 2M \$ - 22 appareils d'électrochirurgie avancée (Bloc opératoire CISSSO) - Appareils d'échographie pour anesthésie (Hull et Gatineau) : 180 000 \$ - Appareils d'échographie pour les services des Urgences (Petite-Nation, Wakefield et Maniwaki) : 100 000 \$ - Implantation des chariots à médicaments - Implantation des 200 appareils de signe vitaux - Remplacement de 23 aspirateurs à plaie pour les soins à domicile.	Services spécialisés
4. Élaboration et dépôt du plan de remplacement des équipements médicaux 2018-2019 : 12.8M \$.	Services spécialisés
5. Nombres de requêtes de service traitées: <u>Volet GBM :</u> • Nombre d'interventions correctives : 7 129 • Nombre d'interventions préventives : 2 990 <u>Volet TI :</u> • Nombre d'incidents résolus : 27 207 • Nombre de demandes de services résolues : 22 230.	Organisation efficiente

Enjeux :

- La disponibilité de ressources financières adéquate à la réalisation des projets en technologie de l'information demeure un enjeu important. À cet effet, l'organisation se doit de développer une stratégie globale de financement de ces projets afin d'assurer la livraison à la fois des projets nationaux, mais également des projets organisationnels requis pour assurer l'évolution, la consolidation, le maintien et le remplacement des équipements, infrastructures et applications pour les années à venir;
- La pénurie de main-d'œuvre qualifiée et disponible, tant pour l'informatique que le génie biomédical est un enjeu qui subsiste année après année. Une approche structurée de formation pour notre personnel en place et ayant le potentiel d'occuper des fonctions supérieures est à évaluer avec la DRHCAJ.

Directions administratives

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

La DRHCAJ est responsable de la mise en œuvre d'une grande variété d'activités diversifiées, soit : le recrutement, le développement des compétences, la dotation et la rémunération, la présence et la santé au travail, les relations du travail, les activités de remplacement, la gestion stratégique des ressources humaines de l'organisation, les communications et les affaires juridiques.

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

Nous contribuons au façonnement de la culture de notre organisation.

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

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Création d'une équipe dédiée de soutien à l'amélioration continue en prévention qui accompagne les gestionnaires à établir et mettre en œuvre des plans d'amélioration de la santé organisationnelle par une démarche diagnostique et participative.	Mobilisation du personnel Organisation efficiente
2. Négociation des dispositions locales de la convention collective avec 3 instances syndicales. Conclusion d'une entente de principe avec la CSN, pour les catégories "Personnel paratechnique, services auxiliaires et de métier" et "Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration" et ce, sans l'intervention d'un médiateur arbitre.	Organisation efficiente
3. Campagne de promotion et de sensibilisation pour un milieu de travail sain et respectueux et des mécanismes de soutien disponibles à la résolution de situation à l'intention des gestionnaires, médecins et employés.	Mobilisation du personnel
4. Déploiement de l'Environnement Numérique d'Apprentissage (ENA) dans le cadre de la Formation Continue Partagée (FCP).	Mobilisation du personnel
5. Fusion des 10 bases de données de notre système de gestion informatisée en ressources humaines en vue de la création d'une seule base de données pour le CISSS de l'Outaouais (harmonisation des exigences de postes, des numéros de postes, des matricules, des titres d'emploi et des codes de paie).	Organisation efficiente

Enjeux :

- Disponibilité des ressources humaines
 - o Rareté de la main-d'œuvre pour répondre aux besoins de l'organisation
 - o Lourdeur et complexité des processus de dotation dus aux 42 ententes collectives toujours en vigueur
- Santé organisationnelle
 - o Gestion de la présence au travail (taux d'absence très élevé)
 - o Appropriation par les gestionnaires des principes de la gestion intégrée de la santé organisationnelle
 - o Adéquation entre l'offre de service de la DRHCAJ et l'ambition de l'organisation de générer de la santé organisationnelle

- Négociation locale
 - o Processus de négociation des dispositions locales avec les syndicats pour toutes les catégories de personnel et ce, afin de notamment stabiliser les relations de travail
- Communication
 - o Image corporative négative du CISSS de l'Outaouais

Direction des ressources financières (DRF)

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

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

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

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

Elle voit à

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

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

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Participation du personnel dans le projet de fusion des bases de données GRH-Paie et la révision des processus de travail afin d'assurer un succès au projet et minimiser les impacts sur les utilisateurs.	Organisation efficiente Mobilisation du personnel
2. Participation du personnel dans le projet de fusion des bases de données GRM-GRF et la révision des processus de travail afin d'assurer un succès au projet et minimiser les impacts sur les utilisateurs.	Organisation efficiente Mobilisation du personnel
3. Nomination de trois cadres suite aux départs à la retraite afin de permettre un transfert de connaissances et une continuité dans les dossiers en cours.	Organisation efficiente Mobilisation du personnel
4. Implantation de la charte comptable du Québec et réalisation de la première phase de coût par parcours de soins et services (CPSS), qui se poursuivra en 2019-2020.	Organisation efficiente

Enjeux :

- L'actualisation de nos plans d'actions pour intégrer les 4 axes de la gestion intégrée de la santé organisationnelle au sein de nos équipes;
- Attraction, recrutement et rétention du personnel dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre;
- Planification de la relève suite aux départs à la retraite de 3 cadres (sur un total de 8);
- Plusieurs projets découlant d'orientations ministérielles s'ajoutent aux activités de la direction et mobilisent de façon importante les équipes, tels que :
 - l'unification des bases de données financières (GRH-Paie, GRM-GRF)
 - l'harmonisation des processus de travail en vue de l'implantation de ces nouvelles bases de données
 - l'implantation de la charte comptable provinciale
 - l'implantation du coût par parcours de soins et services (CPSS)
 - la poursuite des travaux en lien avec le financement axé sur le patient.

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

4.1 Chapitre III – Attentes spécifiques

Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

Attente Spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Santé publique			
Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)	Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat : - réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; - suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; - suivre l'application des mesures en PCI; - suivre les données de surveillance sur les IN et les audits; - adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C.A.; - entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; - assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI; - recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre; - déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR; - déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; - acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG. Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.	Réalisée	

Attente Spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Santé publique (suite)			
Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme, de promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif chez les jeunes (02.2)	Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type et description des activités, objectifs, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme, la promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif dans les déplacements et dans les loisirs chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte des cibles du Plan stratégique du MSSS : la réduction du nombre de fumeurs, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et l'augmentation du nombre de jeunes actifs durant leurs loisirs et leurs déplacements. Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que les retombées observées.	Réalisée	
Services sociaux			
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03.1)	Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).	Réalisée	
Plan d'action TSA (2017-2022) (03.2)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	Réalisée	
Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03.3)	La Stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux	Réalisée	

Attente Spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Services sociaux (suite)			
	établissements : • d'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; • de les accompagner au moyen d'une offre de services et d'une organisation de services définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie; • de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis; • de mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire. L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la Stratégie et à mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED.		
Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence (03.4)			Cette attente a été retirée par le MSSS.
Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.5)	Les établissements fusionnés, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements fusionnés doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	Réalisée	

Attente Spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Services sociaux (suite)			
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (03.7)	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements.	Réalisée	
Services de proximité, urgences et préhospitalier			
État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (04.1)	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CIUSSS et des CISSS devra être produit.	Réalisée	
État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (04.2)	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Non réalisée	RAISON DE NON RÉALISATION : Le MSSS a reporté ce livrable. POURCENTAGE DE RÉALISATION : 80 % MESURES : Poursuite des travaux pour réaliser le bilan de fin d'année. DATE PRÉVUE DE RÉALISATION : 15 juillet 2019.

Attente Spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Services de proximité, urgences et préhospitalier (suite)			
Mise en place d'un comité tactique télé Santé en établissement (04.3)	Compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité (http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télé Santé à la même adresse.	Réalisée	
Services de santé mentale et de psychiatrie légale			
Poursuivre le déploiement des effectifs en santé mentale dans les équipes de soutien dans la communauté (05.1)	Chaque établissement qui a reçu du financement doit fournir pour chaque type de services de soutien dans la communauté identifié, les informations requises sur les postes équivalents à temps complet créés, comblés et vacants, le nombre de places supplémentaires disponibles, le nombre d'usagers supplémentaires desservis, le coût moyen par poste créé, de même que le total de la dépense engagée.	Réalisée	
Financement, infrastructure et budget			
Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07.1)	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment. Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la	Non réalisée	RAISON DE NON RÉALISATION : La planification s'échelonne sur plusieurs années. POURCENTAGE DE RÉALISATION : 25 % MESURES : Le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs (RDMA) est suivi de façon continue.

Attente Spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
	résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.		Un plan d'action est en élaboration afin de réaliser à 100 % ce livrable. DATE PRÉVUE DE RÉALISATION : 1 ^{er} mars 2022.
Coordination réseau et ministérielle			
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation. Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile. L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques. Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.	Non réalisée	RAISON DE NON RÉALISATION : L'établissement n'a pas complété la phase d'appréciation des risques du processus. POURCENTAGE DE RÉALISATION : 80 % MESURE : Le plan d'action est en élaboration à cet effet afin de bien répertorier les risques, procéder à l'appréciation et à l'exercice de priorisation en fonction de chacun d'eux. DATE PRÉVUE DE RÉALISATION : 31 décembre 2019.
Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux (08.3)	Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.	Réalisée	

Attente Spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Planification, évaluation et qualité			
Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements (09.1)	Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives se trouvant dans le document « Lignes directrices - Plan d'action SBEH des établissements de santé et de services sociaux ». Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs identifiés dans le document des lignes directrices.	Réalisée	
Technologies de l'information			
Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits (10.1)	Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif ou clinico-administratif, l'établissement doit s'assurer que : « la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus. » La méthode de calcul définie est le « Nombre de ressources mises à jour à la fin de la période » selon le calendrier établi au cadre normatif sur le « Nombre de ressources totales à la fin de la période ». Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche. Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixes.	Réalisée	

4.2 Chapitre IV – Engagements annuels

Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Cancérologie				
Plan stratégique				
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	71	90	60,2	90
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	95,7	100	94,4	100
Commentaires (1.09.33.01) La proportion des patients ayant été traités par chirurgie oncologique dans un délai de 28 jours ou moins est de 60,2 %. Ce résultat est inférieur à celui de 71 % obtenu en 2017-2018 et demeure éloigné de l'engagement 2018-2019 et de la cible 2020, tous deux établis à 90 %. Les retards seraient surtout attribuables à l'accès limité aux salles d'opération dû au manque de personnel. On observe aussi un volume plus grand de patients que la capacité opératoire malgré la priorisation des cas. Des mesures correctrices mises en place et à venir sont : - La continuation du suivi rigoureux des délais d'attente par les comités locaux des blocs opératoires; - Des démarches sont en cours avec le chef de département de chirurgie et anesthésiologie pour la répartition du temps opératoire; - Une étude de faisabilité de projet est en cours dans le but d'augmenter les activités chirurgicales au CISSS de l'Outaouais. (1.09.33.02) La proportion des patients ayant été traités par chirurgie oncologique dans un délai de 56 jours ou moins est de 94,4 %. Ce résultat est inférieur à celui de 95,7 % obtenu en 2017-2018 et est près de l'engagement 2018-2019 et de la cible 2020, tous deux établis à 100 %. Un suivi particulier de la haute direction ainsi que des efforts des équipes ont été déployés afin de réduire le nombre de chirurgies oncologiques réalisées en plus de 56 jours. L'objectif premier consiste à diminuer le nombre de personnes traitées par chirurgie oncologique après plus de 56 jours d'attente. En 2018-2019, 70 chirurgies ont été réalisées dans un délai de plus de 56 jours. Ceci représente 13 chirurgies de plus que l'an passé (57 chirurgies avec un délai de plus de 56 jours en 2017-2018). Les effets des mesures mises en place en 2018-2019 auront un impact sur les résultats à moyen terme. En attendant, le personnel est mobilisé pour réduire à 0 le nombre de chirurgies oncologiques de plus de 56 jours.				

Légende

	Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100%
	Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90% et inférieur à 100%
	Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90%

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique				
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	67,7	70	80,9	70
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	91,3	93	91,8	93
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	82,1	90	81,6	90
Plan stratégique 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	654	600	625	654
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	71,1	75	72,3	80
Commentaires (1.01.27, 1.01.28 et 1.01.30) Plusieurs actions ont été réalisées localement pour maintenir la performance : sensibilisation des parents, de la population générale et des professionnels de la santé visant à réduire l'hésitation face à la vaccination.				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
Plan stratégique 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	80	100	100

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales (suite)				
Plan stratégique 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la Méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	100
Plan stratégique 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	100
Plan stratégique 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	64,9	75	53,5	80
Commentaires (1.01.26) Le résultat 2018-2019 n'est pas atteint (53,5%) et est inférieur à l'an passé (64,95%). Un comité stratégique-PCI est en place et assure le suivi des indicateurs, dont celui du taux de conformité sur l'hygiène des mains. De plus, trois comités locaux-PCI sont fonctionnels et se rencontrent trimestriellement afin de traiter des enjeux locaux dont, entre autres, l'hygiène des mains. Voici l'énumération de quelques-unes des actions réalisées au cours de l'année 2018-2019 afin d'améliorer les résultats : • Mise sur pied d'un autre comité local-PCI: un comité pour le secteur urbain (Gatineau & Hull y incluant Wakefield); • Reprise de la formation en mode E-learning aux nouveaux employés et aux employés déjà embauchés selon la directive des soins infirmiers adoptée; • Accessibilité d'une formation en ligne : « hygiène des mains avec les solutions hydro alcoolisées »; • Conception d'une nouvelle affiche par l'équipe de la PCI afin de rendre l'information sur l'hygiène de mains accessible; • Ajout de 1,0, ETC ressources professionnelles; • Diffusion des résultats de façon systématique et harmonisée à tous les secteurs de soins. Une directive est en élaboration sur l'affichage dit « externe » afin que la clientèle et le grand public soient informés des résultats de chaque service; • Un plan d'action rédigé et adopté par la direction adjointe-unités hospitalières et unités spécialisées est en processus de déploiement dans toutes les unités; • Poursuite de la réalisation des capsules d'information/formation sur l'importance de l'hygiène des mains par les conseillères en soins infirmiers-prévention et contrôle des infections, et ce, plus spécifiquement au cours des campagnes organisationnelles; • Une ressource de la DRHCAJ a été dédiée par le secteur des communications afin de développer une approche intégrée dans l'ensemble de l'établissement. Avec plus de 5 000 audits individuels, l'adhésion des directions cliniques s'améliore suite au déploiement de proximité des ressources en PCI qui participent aux travaux d'amélioration continue de la qualité et sécurité envers la clientèle. Malgré des résultats en deçà des taux ciblés pour l'ensemble des directions, la DSAPA demeure la plus				

engagée envers l'objectif ministériel.

La mobilisation, réaffirmée par tous les directeurs de l'organisation, de tous les gestionnaires, des équipes de soins et des équipes de soutien est nécessaire pour améliorer les résultats et atteindre les engagements.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Services généraux – Activités cliniques et d'aide				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	93,4	93,4	91,07*	93,4
<i>*Dans le cadre du suivi de l'indicateur 1.02.04-EG2, des problèmes de cohérence ont été soulevés entre les résultats diffusés sous le thème « Ententes de gestion et d'imputabilité (EGI) » et ceux du thème « Info-Santé et Info-Social » sur le portail du Système d'information décisionnel (SID). Entre temps, le suivi de cet indicateur se fait via les rapports officiels du Thème « Info-Santé et Info-Social » sur le portail du SID.</i> Commentaires Le résultat obtenu au 31 mars 2019 est inférieur comparativement à l'an passé. Les efforts se poursuivent pour atteindre les résultats. Deux éléments sont à retenir quant à l'analyse de la performance du service : • L'équipe de l'Info-Social répond aussi aux appels placés à la ligne de prévention du suicide : 1-866-APPELLE en plus des appels réguliers de l'Info-Social; • Le nombre d'appels répondus spécifiquement à l'Info-Social a augmenté de près de 10 000 appels depuis trois ans, et ce, sans ajout d'ETC pour assurer cette augmentation des appels. Il est aussi à noter que les engagements de cet indicateur ont été modifiés à la hausse en 2018-2019. La cible ministérielle 2020 prévue pour le standard d'accès du service est établie à 90 % des appels répondus en 4 minutes.				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à domicile de longue durée				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	632 312	659 639	827 655	N/D
Plan stratégique 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	4 916	5 371	5 270	N/D

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à domicile de longue durée (suite)				
Plan stratégique 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	84,6	90	78,6	90
1.03.14-S Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO SMAF de 4 à 14	Cet engagement a été retiré par le MSSS			
1.03.15-S Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	Cet engagement a été retiré par le MSSS			
Commentaires (1.03.11) La pénurie de main-d'œuvre a joué sur la non-atteinte de 100% de l'engagement. Cette année, 5 270 personnes ont été desservies en soutien à domicile longue durée, soit une augmentation de 354 personnes par rapport au résultat de 4 916 personnes obtenu en 2017-2018. Ainsi, le nombre total de personnes desservies en soutien à domicile longue durée rendues à domicile est à la hausse de 7,2 % en comparaison avec l'an passé. (1.03.12) L'engagement 2018-2019 n'est pas atteint et les résultats obtenus sont inférieurs à l'an passé. La migration de l'Outil d'évaluation multi clientèle (OEMC) vers l'Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) en déploiement dans les équipes amène des délais. La mise en place de l'OCCI génère une plus longue saisie de l'évaluation lors de la première entrée dans le système informatique. Le rehaussement de la structure de postes des professionnels suite au plan d'investissements no 3, lorsque tous comblés, contribuera à se rapprocher de l'engagement 2018-2019.				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
Plan stratégique 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	100	100

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (suite)				
Plan stratégique				
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	50	66,7	66,7	100
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	100	100
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	95,3	95,4	94,9	95
Commentaires (1.03.13) Il y a 517 personnes sur 545 personnes nouvellement admises en CHSLD avec un profil ISO-SMAF de plus de 10. Ceci représente 94,9 % des personnes nouvellement admises. Le résultat est légèrement inférieur à l'an passé qui était de 95,3%. Les efforts se poursuivent pour améliorer le résultat.				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Déficiences				
Plan stratégique				
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	77,43	82,56	73,34	82,6
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	86,2	90	95,1	90
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	93,2	94,2	92,5	92,4

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Déficiences (suite)				
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	73	90	91,4	90
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	92,2	93,4	96,2	93,4
<u>Plan stratégique</u> 1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	42,1	60	84,6	85
Commentaires (1.45.04.05) Au 31 mars 2019, il y a 92,5% des personnes ayant une déficience physique en CR qui ont reçu les services dans les délais. Comparé à 2017-2018 où le CISSS de l'Outaouais a obtenu 93,2 %, on observe une légère baisse. Beaucoup d'efforts ont été faits dans l'organisation du travail afin d'atteindre l'engagement. Toutefois, l'indisponibilité de certaines catégories de profession limite le déploiement de groupe d'intervention spécialisée. De plus, la mobilisation des ressources au niveau de nouvelles trajectoires (AVC) mobilise un grand nombre de ressources. Nous sommes toutefois confiants de pouvoir maintenir nos engagements dans le futur.				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Jeunes en difficulté				
<u>Plan stratégique</u> 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	9,55	9,2	10,12	N/D

Commentaires

(1.06.17) Le taux des jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence ou à risque de négligence en Outaouais est de 10,12 jeunes pour 1 000 jeunes et dépasse de 0,57 comparativement à l'an passé.

Le suivi du taux de prises en charge pour des cas de négligence permet d'évaluer si les services mis en place en amont réussissent à réduire le nombre de jeunes nécessitant l'intervention du Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ). Les efforts se poursuivent pour offrir des services appropriés aux familles aux prises avec cette problématique avant que la sécurité ou le développement de l'enfant soit compromis. L'amélioration de l'accès aux services de première ligne, la bonification des programmes d'intervention en négligence et l'intensification des interventions sont autant d'éléments pouvant contribuer à l'amélioration de la situation de ces familles. Rappelons que les prises en charge, en matière de protection de la jeunesse, pour des cas de négligence ne dépendent pas seulement des programmes d'intervention visant à contrer la négligence, mais qu'ils sont également tributaires de nombreux déterminants, dont la pauvreté, la monoparentalité et d'autres facteurs de risque au regard de la négligence.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Dépendances				
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	89,7	90,5	92,9	91
Plan stratégique 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	84,8	84,8	88,1	90
Commentaires				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé mentale				
Plan stratégique 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	622,8	610	640,8	640

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé mentale (suite)				
Plan stratégique 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnu par le Ministère	196,2	174,4	196,2	197
Commentaires				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique - Urgence				
Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	16,62	12	16,45	12
Plan stratégique 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	51,8	79	50,5	79
Plan stratégique 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	54,8	79	56,1	79
Commentaires				
(1.09.01) Les résultats se sont améliorés en les comparant à l'an passé : la durée moyenne du séjour à l'urgence passant de 16,62 heures en 2017-2018 à 16,45 heures en 2018-2019, et ce, malgré une augmentation du nombre de séjours passant de 46 443 séjours en 2017-2018 à 47 677 séjours en 2018-2019. Les principaux facteurs contraignants : l'augmentation de la demande l'accès aux lits d'hospitalisation pour accroître le nombre de chirurgies; l'augmentation du nombre de visites à l'urgence; le manque de main-d'œuvre (infirmières, agentes administratives et préposés aux bénéficiaires) ainsi que la pénurie de médecins. Les actions mises en place et à venir pour améliorer les résultats sont: le suivi très étroit des DMS hospitalisation et NSA; le projet de l'accès au lit selon l'achalandage (lit de surcapacité/unité transitoire); le plan de recrutement et politique GISO par attraction/retour assurance-salaire; le recrutement urgence Hull/Gatineau de deux médecins au printemps 2019; la mise à jour du plan de débordement des urgences; la campagne sur l'accès au service 811; la révision du site Web du CISSS de l'Outaouais pour diriger la population vers les alternatives à l'urgence selon le besoin. (1.09.43) Le pourcentage de la clientèle, dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de deux heures, est de 50,5 % cette année. Il a légèrement diminué par rapport à 2017-2018, et ce, malgré des efforts constants pour faire diminuer l'attente. On constate un manque de ressources humaines incluant l'équipe médicale en cours d'année.				

Les mesures correctrices mises en place et à venir sont : un suivi important du délai des spécialistes, un recrutement des médecins pour les urgences au printemps 2019 et la poursuite des suivis de réorientation des P4-P5.

(1.09.44) Le pourcentage de la clientèle ambulatoire, dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de quatre heures (56,1%) en 2018-2019, s'est amélioré très légèrement depuis 2017-2018 (54,8%), et ce, malgré les efforts constants pour diminuer l'attente.

Deux principaux enjeux : la réorientation de la clientèle de l'urgence et le manque des effectifs médicaux (médecins et infirmières). Les mesures correctrices mises en place sont : processus d'éducation à la population sur l'accès aux alternatives de l'urgence et rencontres d'ajustement avec la super-clinique et les GMF.

Il est à noter que les efforts pour réorienter la clientèle ont porté fruit : 11,4 % de la clientèle a été réorientée pour l'ensemble de l'Outaouais.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 147	1 122	1 238	1 122
<u>Plan stratégique</u> 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	32	38	38	38
<u>Plan stratégique</u> 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	15,7	22	12,3	18
Commentaires				
(1.09.46) Cet indicateur mesure le nombre d'usagers décédés à domicile parmi l'ensemble des usagers ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile au sein des établissements ayant une mission de CLSC.				
Au 31 mars 2019, le pourcentage des décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile atteint 12,3 %, soit une diminution de 3,4 points de pourcentage par rapport à 2017-2018. La diminution de décès à domicile s'explique par une pénurie de médecins en soins palliatifs dans la dernière année. De plus, la couverture médicale à géométrie variable dans les régions rurales rend l'atteinte de cette cible très difficile.				
Mesures : Un partenariat se travaille entre la Maison Mathieu Froment Savoie et le CISSS de l'Outaouais pour améliorer l'offre de répit à domicile. De plus, nous travaillons activement à du recrutement de médecins en soins palliatifs au SAD.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Services de première ligne				
Plan stratégique 1.09.25-PS Nombre total de GMF	14	15	15	15
Plan stratégique 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	79,87	85	82,07	85
Plan stratégique 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	1	2	1	1
Commentaires (1.09.27) Au 31 mars 2019, plus de 300 000 personnes (soit 82,07 % de la population admissible) étaient inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant dans un GMF ou hors GMF. L'Outaouais dépasse la moyenne provinciale qui est de 80,7 %. L'objectif visé pour la cible 2020, au regard de l'inscription, est de 85 % de la population. L'inscription auprès d'un médecin de famille reste tributaire de la capacité des médecins de famille à suivre leurs patients. (1.09.48) Un groupe de promoteur planifie la création d'un deuxième GMF-R dans la région de l'Outaouais. Les travaux de consultation de ce groupe sont en cours pour recruter des médecins afin de créer un GMF d'ici juin 2019. Il y a des défis de recrutement de médecins intéressés à se joindre à une clinique médicale en création. Des discussions se poursuivront pour la création d'un GMF-R. Le DRMG collabore étroitement avec le groupe de promoteur en soutenant le projet de création du GMF et du GMF-R.				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Chirurgie				
Plan stratégique 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	28	0	138	0
Commentaires (1.09.32.00) Le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an est passé de 28 en 2017-2018 à 138 demandes en attente de plus d'un an le 31 mars 2019. Au cours de l'année 2018-2019, 110 patients de plus attendent depuis plus d'un an avant d'être opérés pour une chirurgie. Le résultat est loin de l'atteinte de la cible et de l'engagement 2018-2019 fixée à 0. Nous constatons une augmentation de 12 % du nombre de demandes de chirurgies en attente pour l'ensemble des demandes de chirurgies en 2018-2019 (5 021 demandes) comparé à l'an passé (4 521 demandes) à la période 13. De				

plus, l'analyse des données ne permet pas de conclure qu'à priorité égale des demandes, ce ne sont pas toujours les demandes les plus anciennes sur la liste d'attente qui sont priorisées.

Un autre élément à considérer : il fut nécessaire de diminuer le temps opératoire en lien avec le manque de personnel.

Une étude de faisabilité de projet dans le but d'augmenter les activités chirurgicales au CISSS de l'Outaouais est en cours. Un suivi rigoureux des délais d'attente se fait régulièrement par les comités locaux des blocs opératoires. Les efforts se poursuivent pour améliorer les résultats.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	35	65	50	65
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	30,3	65	62,1	65
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	96,9	90	96,5	100
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	100	100	100
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	30,6	85	26,4	60

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale (suite)				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	56,8	75	95	100
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	27,3	75	42,2	75
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	51,9	90	86,9	100
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	42,3	90	36,7	75
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	97	100	99	100
Commentaires (1.09.34.00) Cet indicateur est la somme de l'ensemble des modalités en imagerie médicale ciblées par l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019. Les commentaires ont été faits pour chacune des modalités. (1.09.34.02;1.09.34.08 et 1.09.34.10) Le CISSS de l'Outaouais fait un suivi de façon continue auprès de chacun des services concernés dans l'objectif de l'atteinte des engagements. (1.09.34.05) Le nombre d'examen respectant les délais ont augmenté passant de 766 examens en 2017-2018 à 868 demandes en 2018-2019. La non-atteinte de l'indicateur est notamment due à une augmentation de 30 % du nombre total de demandes en imagerie médicale qui sont en attente pour les échographies cardiaques. Un partenariat est actuellement en cours de développement avec l'équipe de cardiologues, afin d'obtenir leur aide pour la réalisation des examens. À moins d'un partenariat à long terme, le volume des demandes excède de loin celui de la capacité de production.				

(1.09.34.07) Cet indicateur comprend plusieurs types d'échographies: les échographies musculo-squelettiques; les échographies Doppler; les échographies abdopelviens; les échographies autres et les échos d'interventions.

Des mesures ont été mises en place, notamment l'épuration des listes d'attente de trois hôpitaux. Cette épuration consistait à l'appel aux usagers en attente afin de valider si l'examen est encore nécessaire ou si celui-ci avait été effectué dans un autre établissement. Le service d'imagerie peut également compter sur l'aide d'un radiologiste d'une autre région, qui offre des disponibilités les fins de semaine pour réaliser des échographies musculo-squelettiques. Avec son aide, les listes d'échographies dites « autres » se sont grandement réduites, ce qui permettra de rapatrier les demandes des autres hôpitaux de la région.

(1.09.34.09) Depuis le début de l'année, l'indicateur oscille entre 36 % et 40 % de période en période. Cette fluctuation est causée par la variation dans la quantité de demandes urgentes reçues périodiquement. Le nombre total de demandes en imagerie médicale en attente pour la résonance magnétique a doublé comparativement à l'an passé. Ainsi, on constate que le nombre de demandes est plus élevé que la capacité du service. Afin d'améliorer la situation, il y a ouverture de soir et de fin de semaine depuis novembre 2016. Cependant, cette mesure ne suffit pas.

Les mesures prises et sont :

- l'épuration des listes d'attente se fait fréquemment, et ceci afin de s'assurer que les examens s'y trouvant sont encore cliniquement pertinents ou que ceux-ci n'ont pas été réalisés dans un autre établissement;
- un projet d'acquisition d'un appareil supplémentaire. Celui-ci est présentement en phase de conception. La fin des travaux est prévue pour juillet 2020. La capacité actuelle du service n'est pas suffisante pour répondre à la demande. Il en sera toutefois autrement avec le nouvel appareil.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	34,4	100	100	100
Commentaires				
Ressources humaines				
Plan stratégique				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	8,95	7,3	9,29	N/D
Plan stratégique				
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,76	4,03	6,10	N/D

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Ressources humaines (suite)				
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,73	0,37	0,90	N/D
Commentaires (3.01) Le ratio d'heures en assurance-salaire se situe à 9,29 soit une hausse de 3,8 % par rapport au résultat de 8,95 obtenu en 2017-2018. L'écart s'accroît par rapport à l'engagement 2018-2019 qui est de 7,3 et par rapport à la cible de 6,76 établie pour 2020. Cette augmentation est observée dans presque tous les établissements du RSSS. Malgré plusieurs actions mises en place au cours de l'exercice 2018-2019 le ratio poursuit sa hausse. Le plan d'action 2018-2020 prévoit les mesures suivantes : • Déploiement de la politique de gestion intégrée de la santé organisationnelle (GISO) – septembre 2018; • Accompagnement aux gestionnaires dans l'appropriation des principes de GISO ainsi que dans la gestion de leurs équipes de travail – janvier 2019; • Déploiement d'une équipe de quatre agents en amélioration continue en prévention (préventionnistes) ayant le mandat d'intervenir avec les gestionnaires dans les services ayant des enjeux particuliers en matière de santé organisationnelle – février 2019; • Déploiement d'un programme de retour au travail – automne 2019. Ces mesures se sont concrètement actualisées au cours du dernier trimestre de l'année. Les effets concrets de ces actions se feront sentir au cours de la prochaine année. (3.05.02) Le taux d'heures supplémentaires est de 6,10 soit une hausse de 5,9 % par rapport au taux de 5,76 de 2017-2018. Ce résultat représente un écart de 2,07 points par rapport à l'engagement 2018-2019. Cette augmentation est observée dans presque tous les établissements du RSSS. La pénurie de main-d'œuvre, le taux élevé d'assurance-salaire joint à des hausses de la demande de service dans certains secteurs accroissent l'utilisation du temps supplémentaire. Cette hausse s'explique aussi par l'application de règles de gestion limitant le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) et favorisant l'utilisation de la main-d'œuvre régulière afin de soutenir une meilleure continuité des services à la population. D'autres éléments ont un impact sur les résultats : 1) le développement d'ajout de soins et des services découlant des récents investissements additionnels dans certains secteurs cliniques; 2) les obligations d'atteindre des objectifs cliniques de performance. Ces éléments créent une plus forte pression sur la demande de main-d'œuvre qualifiée. Les efforts pour garantir une disponibilité de main-d'œuvre suffisante sont soutenus à la fois par des stratégies de : • Développement de partenariat avec les maisons d'enseignement et organismes d'employabilité (une table régionale de la main-d'œuvre regroupant tous les acteurs clés de la région sera mise en place à l'automne 2019);				

- Attraction (campagne de recrutement Beaubouveau);
- Optimisation de l'accueil et du recrutement de stagiaires (automne 2019);
- Rétention (révision du programme d'accueil et d'intégration en fonction des 5 axes de la santé organisationnelle – hiver 2019).

(3.06.00) En ce qui concerne le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante, l'engagement 2018-2019 n'est pas atteint. Le résultat de 0,90 obtenu en 2018-2019 représente une hausse de 23,2 % par rapport au taux de 0,73 de 2017-2018. Cette hausse s'explique en partie par des absences pour invalidité des effectifs réguliers. Toutefois, la cible 2020 pour le CISSS de l'Outaouais de 1,01 est atteinte. Cette cible 2020 de la planification stratégique ministérielle 2015-2020 a été fixée en 2016-2017 pour le CISSS de l'Outaouais.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Multiprogrammes				
<u>Plan stratégique</u>				
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	54,4	70	58,9	70
Commentaires				
(7.01.00) Au 31 mars 2019, 58,9 % des premiers services de nature psychosociale ont été dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC), ce qui représente une augmentation de 4,5 points par rapport au résultat de 54,4 % en 2017-2018. Toutefois, un écart important demeure par rapport à la cible à atteindre en 2020 (75 %). Un suivi périodique sera fait pour chacune des directions concernées par cet indicateur afin de favoriser les actions pour réduire les temps d'attente pour les services de proximité de nature psychosociale. L'objectif est de favoriser un accès rapide et équitable des premiers services pour toute la région.				

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

5.1 L'agrément

Lors de la visite d'Agrément Canada en février 2017, l'établissement a obtenu un résultat de 81.4 %, ce qui confirme son **statut d'Agréé**. Il n'y a eu aucune autre visite. Les suivis apportés aux recommandations d'Agrément Canada avec les échéanciers du 30 juillet 2017 et du 30 janvier 2018 ont été faits et ont été indiqués dans le rapport annuel de gestion (RAG) 2017-2018. L'organisme a conservé le même statut. Néanmoins, Agrément Canada nous avait mentionné que certains suivis devaient être effectués pour la prochaine visite de 2019.

Voici les suites apportées :

Dans le cas de la norme Leadership, soulignons les travaux réalisés en lien avec l'amélioration de l'environnement physique, du déploiement du programme de gestion intégrée des risques organisationnels, mais également dans le cadre du processus d'évaluation du programme d'entretien préventif et de la mise en place du bilan comparatif des médicaments. Ce plan précise les services ou programmes concernés, l'emplacement et les moments où le bilan comparatif doit être établi.

Ensuite, dans le cadre de la norme médecine à la DSAPA, des efforts ont été accomplis en vue de rehausser l'approche collaborative dans l'équipe interprofessionnelle. À cet effet, un comité de travail, en collaboration avec la DSM, a été créé, des outils de travail ont été implantés, des usagers (ou proches partenaires) ont été intégrés dans l'équipe qualité et l'animation de la station visuelle a été rehaussée pour améliorer l'approche collaborative dans la trajectoire de l'utilisateur.

Dans la norme réadaptation à la DIDPTSA, des efforts ont été entrepris pour améliorer la tenue de dossiers. Les visiteurs avaient constaté qu'une partie des notes étaient informatisées alors qu'une autre partie se retrouvait dans un dossier papier; ce qui pouvait engendrer un risque qu'on ne consulte pas l'un ou l'autre. Plusieurs communications ont été faites aux équipes sur l'importance de la rigueur dans la tenue de dossiers et sur l'importance de la mise à jour du dossier papier. À cet effet, des audits ont été réalisés pour s'assurer de la conformité.

En terminant, l'équipe qualité de la norme soins à domicile à la DSAPA et à la DDIDPTSA devait consolider la pratique organisationnelle requise sur les soins de la peau et des plaies. Les visiteurs indiquaient le manque au niveau des documents normalisés pour l'élaboration d'un rapport complet de tous les aspects de la prestation des soins de la peau et des plaies. Afin de diffuser la trajectoire des soins de la peau et des plaies et le programme aux professionnels ainsi qu'aux médecins, plusieurs rencontres de type « capsule de formation » se sont tenues. Afin de s'assurer de la conformité, des audits ont été réalisés.

En préparation à la prochaine visite prévue en juin 2019, plusieurs actions sont en cours dans les directions de l'établissement avec l'accompagnement de la DQEPE :

- Autoévaluations dans les divers secteurs;
- Déploiement d'outils sur l'appropriation des normes, les audits et les fiches POR;
- Réalisation d'audits en vue d'apprécier la conformité aux POR;
- Simulations de visites dans plusieurs secteurs de normes.

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

Au courant de la dernière année, les différents comités de gestion des risques (stratégique et tactiques) ont mis en place des travaux afin de sensibiliser le personnel et d'intégrer les procédures en gestion des risques au sein des pratiques. Des activités de formation continue et des séances de sensibilisation constituent des moyens privilégiés pour favoriser une culture de gestion des risques, ainsi que pour assurer une harmonisation et une conformité du processus.

Dans une perspective d'amélioration continue, voici quelques actions réalisées pour promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents/accidents :

- Présentation de rapports trimestriels aux comités;
- 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;
- Formations offertes à 790 personnes incluant les gestionnaires de 7 directions (DSAPA, DSI, DSM, DSMD, DI-DP-TSA, DJ et DPJ) qui ont été ciblées en 2018-2019;
- Création de nombreux outils cliniques et de tests d'intégration des connaissances personnalisés développés en partenariat avec les directions et transmis aux équipes lors des formations;
- Diffusion de l'outil de schématisation du processus de déclaration dans l'agenda 2019-2020 des employés;
- Audits effectués afin de valider la conformité de la complétion des formulaires AH-223. Cinq (5) sections du formulaire ont été auditées : la description de l'événement, le type d'événement, la circonstance de l'événement, la gravité et la pertinence de la divulgation;
- Tenue d'activités promotionnelles lors de la semaine nationale de la sécurité des patients avec l'implication d'un usager partenaire, qui s'est tenue du 29 octobre au 2 novembre 2018;
- Révision des procédures en gestion des risques en collaboration avec les directions et la participation d'un usager partenaire;
- Projet pilote effectué avec une unité hospitalière (6^e Nord) afin d'amorcer le processus de décentralisation de la saisie des déclarations AH-223 dans le registre SISSS en mode informatisé;
- Gestion de plus de 550 demandes de soutien aux employés et aux gestionnaires via l'adresse générique « Outlook » en gestion des risques (ex. : création d'utilisateurs SISSS, réactivation de mots de passe, modification du paramétrage SISSS-AH-223, demande de données, soutien téléphonique);
- Collaboration et soutien aux travaux des comités suivants: comité interdisciplinaire de prévention des chutes, comité pharmaco-soins, comité sur l'utilisation des mesures exceptionnelles de contrôle, comité en

prévention des infections, comité d'inspection préventive des installations, comité de prévention du suicide, comité radioprotection et comité en gestion des risques en radio-oncologie;

- Élaboration d'un questionnaire sur la divulgation.

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

À l'analyse du registre du système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), on constate que nous avons eu un total de 12 840 événements déclarés pour l'année 2018-2019.

Tel que présenté dans le tableau 1, les trois principaux types d'incidents déclarés (au registre) sont : Chutes, médication et autres. D'autre part, le type « autres » s'affiche au 3^e rang en termes de prévalence avec un nombre de 414 incidents dont les quatre principales sous-catégories sont : autres (41,1%), bris de confidentialité (15%), erreur liée au dossier (15%) et lié à l'identification (7%).

Tableau 1

3 principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage	Nombre total d'événements au CISSS de l'Outaouais
Chutes	146	1,1%	12 840
Médication	606	4,7%	12 840
Autres	414	3,2%	12 840

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, médication et autres. D'autre part, le type « autres » s'affiche comme étant au 3^e rang en termes de prévalence avec un nombre de 1423 accidents dont les principales sous-catégories sont : blessure d'origine inconnue (23,1%), autres (21,3%), blessure d'origine connue (19,2%) et plaie de pression (13,6%).

Tableau 2

3 principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage	Nombre total d'événements au CISSS de l'Outaouais
Chutes	5796	45,1%	12 840
Médication	2212	17,2%	12 840
Autres	1423	11,1%	12 840

5.2.4 Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement

5.2.4.1 En lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment

Le comité de gestion de risques stratégique de l'établissement analyse les rapports trimestriels et les événements sentinelles. Documenté par les comités de gestion de risques des différentes directions sur le plan tactique et accompagné par l'équipe de gestion de risques de la DQEPE, il veille à la mise en place d'actions et de mesures pour éviter la récurrence des incidents/accidents, et ce, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services.

Voici les principales actions et mesures mises en place :

- Achat de fournitures médicales permettant l'administration intraveineuse (IV) de solutés primaires et secondaires (DSAPA);
- Mise en place d'un comité qualité des normes au bloc opératoire de Hull (DSI);
- Augmentation de la surveillance en lien avec l'utilisation des timbres de Fentanyl avec la clientèle à risque (DSI);
- Projet en lien avec les plaies de pression : formation offerte sur la prévention et le traitement des lésions de pression;
- Révision des modalités de surveillance lors d'accompagnement (DSM-D);
- Révision de la procédure d'induction à la Suboxone (DSM-D);
- Révision de la procédure d'accueil des usagers pour traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO);
- Capsules envoyées à tous les employés de la DJ et de la DPJ par courriel en lien avec la validation des adresses courriel lors de la transmission d'informations confidentielles et note de service envoyée;

- Accompagnement et application des mesures ciblées dans les plans d'amélioration élaborés lors des comités ad hoc ou lors d'événements sentinelles;
- Analyses et rapports à partir du registre SISSS.

5.2.4.2 En lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

Afin de prévenir et de contrôler les infections nosocomiales dans l'établissement le service de prévention des infections (PCI) fort de l'appui du comité stratégique de prévention des infections, s'est assuré d'une vigie et d'une surveillance continue des indicateurs ciblés en matière d'infections nosocomiales.

En plus des surveillances systématiques accomplies, le CISSS de l'Outaouais s'est affairé à actualiser les activités priorisées suivantes en matière de prévention des infections :

- Tenue d'une **campagne d'hygiène des mains** supportée par le service PCI en mai 2018 au cours de laquelle les membres de l'équipe ont sondé les usagers et résidents sur l'important de l'hygiène des mains;
- **Consolidation de l'équipe de PCI** dont six postes sur dix, incluant le chef de service, ont été dotés au cours de la dernière année;
- Révision de l'offre de service PCI et mise en place d'une structure par «**expertise clinique**» afin de répondre à toutes les directions de l'établissement;
- Adoption et déploiement d'un **cadre de référence en PCI** en collaboration avec la direction des services techniques et de la logistique lors de travaux de construction, rénovation et d'entretien des installations impliquant un entrepreneur externe;
- Poursuite des travaux du **comité de gestion des antimicrobiens** gouverné par la direction des services professionnels;
- Reprise du **dépistage systématique à l'admission de la bactérie entérocoque résistante à la vancomycine** «ERV» à compter de février 2019. Les mesures de prévention et contrôle de la bactérie ERV ont été remises en place dès la détection de tout porteur de la bactérie «ERV» selon les lignes directrices du MSSS, et ce, dans l'ensemble de l'établissement;
- Harmonisation à l'ensemble des installations de la signalisation (**affiches standardisées**) lors de la mise en place de mesures de précautions additionnelles;
- Tenue d'activités promotionnelles des mesures de précautions additionnelles au cours de la **semaine de la PCI** en octobre 2018 incluant une visite au chevet à tous les usagers hospitalisés afin de leur signifier l'importance du respect des pratiques de base ;
- Le service d'hygiène et salubrité en collaboration avec le service de PCI s'est assuré du **partage des zones grises** en matière d'entretien en rencontrant la majorité des gestionnaires de proximité;
- Création et dotation d'un poste d'**infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections** (ICS-PCI) ajoutant ainsi une ressource supplémentaire d'expertise au sein de l'équipe en place.

5.2.5 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 réalisations et constats en 2018-2019 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'utilisateur. Celles-ci 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 direction SAPA sont : la ceinture abdominale au fauteuil, la boucle anti-déclencheur, la tablette au fauteuil, 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. Les contentions ont été évitées suite à différents moyens alternatifs présentés, ci-dessous :

En CHSLD et en unité gériatrique : tapis de chute, détecteur à cordelettes, détecteur de mouvement, système smart au lit et au fauteuil, Plan de travail infirmier (PTI), protecteur de hanche et de tête, assurer un environnement sécuritaire et fonctionnel du résident, fauteuil à bascule, musique douce, coussins avertisseurs au fauteuil ou au lit, moniteur de pression, la supervision accrue et l'approche relationnelle personnalisée.

Uniquement en CHSLD : détecteur infrarouge, ceinture (boucle avec alarme), plate-forme basse pour matelas et le casque protecteur.

Uniquement en unité gériatrique : approche adaptée à la personne âgée, application du programme « Meilleurs ensemble » favorisant l'implication de la famille, utilisation de 2 ridelles, utilisation du chariot sensitif et utilisation d'une grille mictionnelle.

Dans un processus d'amélioration continue, tous les nouveaux employés qui entrent en poste aux unités gériatriques du Centre hospitalier 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 à la DSAPA

- 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'utilisateur hospitalisé en attente d'hébergement, la diminution de l'agitation de l'utilisateur en unité gériatrique et l'amélioration de la capacité fonctionnelle de l'utilisateur;
- L'utilisation du formulaire de consentement pour l'utilisateur et sa famille en CHSLD;

- Le respect de la politique, du protocole et de la procédure;
- L'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;
- L'implication de la famille de l'utilisateur a permis une diminution des mesures de contrôle.

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

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 DI-DP-TSA sont : le maintien physique (contention humaine), l'isolement (salle de mise au calme, retrait à la chambre, etc.), la contention mécanique (ridelles, tablette, système d'attache, ceinture au fauteuil, ceintures : Ségufix, Pinel, Posey, ceinture pelvienne, mitaines, vêtement restrictif et freins pour fauteuil roulant) et la contention chimique pour laquelle une procédure de « médication au besoin » est développée.

Principaux constats à la DI-DP-TSA

- L'augmentation des mesures appliquées cette année : un écart majeur a été constaté comparativement à l'année dernière. Il est lié à la gestion de dossiers complexes où plusieurs interventions alternatives ainsi qu'un grand nombre d'applications de mesures ont été requises dans une perspective d'assurer la sécurité des usagers ainsi que celle des autres usagers et du personnel. Ces dossiers complexes ont fait l'objet de concertations cliniques interdisciplinaires.
- Toutes les mesures chimiques font l'objet du respect de la procédure de « médication au besoin ».
- Une certaine constance dans le nombre de procédures de « médication au besoin » dans les milieux fréquentés par la clientèle DI-TSA.
- La révision de la fiche de signalement a permis de cibler les éléments cliniques essentiels afin qu'ils puissent être colligés plus rapidement.

Direction des programmes jeunesse (DJ) et Direction de la protection de la jeunesse (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. La très grande majorité de celle-ci est hébergée en centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA) dans le cadre de la LPJ et exceptionnellement de la LSSSS. 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) afin que les mesures de contrôle soient utilisées qu'en dernier recours. Pour l'année 2018-2019, la formation OMÉGA a été offerte à neuf (9) éducateurs en CRJDA, cinq (5) agents d'intervention, deux (2) éducateurs (HPJ) et onze (11) personnes en pédiatrie. La formation sur les troubles graves du comportement (TGC) a été offerte à deux (2) agents d'intervention (CRJDA), quatre (4) éducateurs et une formation sur l'entretien motivationnel a été donnée à cinq (5) éducateurs à la résidence Tâché.

En CRJDA, Les mesures de contrôle sont planifiées et faites en interdisciplinarité entre le milieu et les services de soutien à l'hébergement, l'intervenant social, le jeune et sa famille afin d'intégrer les mesures dans le plan d'intervention. En milieu hospitalier, les principales mesures utilisées sont : l'isolement, la contention physique, le plan de chambre en milieu hospitalier, les substances chimiques et la contention mécanique (exclusive au transport dans un véhicule sécuritaire dans le cadre d'une mise sous garde en LSJPA).

Principaux constats à la DJ et à la DPJ

- Une diminution du nombre de jeunes concernés par les mesures exceptionnelles de contrôle malgré une hausse un nombre total de jeunes hébergés;
- Une tendance à la baisse du nombre de mesures de contention et un nombre moindre de jeunes concernés;
- Une légère hausse des mesures d'isolement, mais un nombre moindre de jeunes concernés;
- Les mesures de contrôle ne sont pas autorisées dans les ressources de type familial (RTF).

Direction de la Santé mentale et dépendance (DSMD)

À la direction des programmes santé mentale et dépendance, 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. 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 des personnes âgées, l'utilisation de chaises gériatriques avec table est possible.

Cette année, *le plan proactif de mesure de contrôle* a été intégré à même le processus de cheminement clinique; il doit être fait à l'admission ou après la première utilisation de mesure de contrôle. L'utilisation des plans de chambre sur certaines unités permet également une excellente alternative à la mesure de contrôle et est élaborée en concertation et avec le consentement de l'utilisateur. Différentes mesures alternatives à l'utilisation de mesures de contrôle existent : les formations (Oméga qui sont donnés dans l'ensemble des unités de soins et la formation sur la politique organisationnelle 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 à la DSMD

- Les mesures de contrôle sont rarement planifiées;
- Le registre des mesures a été amélioré afin d'offrir des informations en continu aux gestionnaires;
- Le personnel clinique tend à élaborer un plan d'intervention dans lequel les mesures de contrôle sont inscrites comme moyen prévu à la gestion de crise.

Direction des soins infirmiers (DSI)

À la direction des soins infirmiers, les mesures de contrôle sont appliquées en grande partie sur les unités hospitalières, aux urgences et aux soins intensifs. Elles sont utilisées pour la clientèle à risque de chute avec conséquences, à risque d'agressivité ou de violence envers lui-même et de façon planifiée aux soins intensifs pour éviter l'interférence aux traitements ou pour le risque d'errance ou de fugue.

Les principales mesures de contrôle utilisées à la DSI sont : les attache-poignets et attache-chevilles, la ceinture abdominale au fauteuil ou au lit, la ceinture de type auto avec cache boucle, la ceinture pelvienne, la ceinture en Y au fauteuil, la chambre d'isolement, la combinaison à 5 points, la combinaison argentino, les ridelles, la demi-porte et la tablette amovible au fauteuil et la veste culotte (Houdini).

Le formulaire de surveillance de l'application d'une mesure de contrôle a été adopté en juin 2018. Un algorithme de décision de mesures alternatives a été fait et diffusé à l'ensemble du personnel au courant de l'année.

Principaux constats à la DSI

- La majorité des mesures de contrôle appliquées aux soins intensifs sont planifiées alors que sur les unités hospitalières et aux urgences, elles sont non planifiées;
- Dès qu'une contention est appliquée, elle est inscrite au PTI.

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

Les Commissaires aux plaintes et à la qualité des services

En 2018-2019, les Commissaires aux plaintes et à la qualité des services ont émis 38 recommandations.

Les principaux motifs de plaintes (thématiques abordées) en 2018-2019 se présentent comme suit :

- Les soins et services dispensés (30 %)
 - Compétence technique et professionnelle
 - Continuité
 - Respect de l'ordonnance

- L'accessibilité (22 %)
 - Temps d'attente pour un rendez-vous
 - Absence de service ou de ressource
 - Temps d'attente pour obtenir un résultat
 - Triage à l'urgence
 - Liste d'attente
 - Report de chirurgie
- Les relations interpersonnelles (19 %)
 - Communication/attitude
 - Respect et manque à l'égard de la personne
- L'organisation du milieu et les ressources matérielles (17 %)
 - Absence de service ou de ressource
 - Sécurité informationnelle
 - Règles et procédures du milieu
 - Stationnement
 - Hygiène et salubrité des lieux
- Droits particuliers (16 %)
 - Accès au dossier de l'utilisateur
 - Droits linguistiques
 - Droit à l'information sur les droits et recours (autre que par le Commissaire)
- La maltraitance (0.3 %)
 - Organisationnelle (négligence par manque de soins et services)
 - Financière (par un proche ou un tiers)

Voici des exemples de mesures mises en place en 2018-2019 pour donner suite aux recommandations :

- Audits de conformité de 64 dossiers cliniques pour s'assurer que les plans d'intervention sont en règle.
- Mise en place de différentes modalités pour s'assurer que le personnel et les ressources non institutionnelles appliquent les meilleures pratiques cliniques répondant aux besoins de la clientèle en DI-DP-TSA.
- Rédaction d'une directive « Délai maximal de retour d'appel ».
- Rédaction d'une procédure « Réassignation d'un dossier en l'absence du responsable ».
- Révision de la fiche d'identification de l'enfant incluant les demandes particulières des parents.
- Suivis réalisés auprès des employés et prises de mesures appropriées.
- Vérification de la conformité de tous les centres, au manuel de contrôle de la qualité pour la mammographie et la biopsie guidée par stéréotaxie du Programme Québécois de dépistage du cancer du sein.
- Élaboration de gabarits des règlements des services et des départements cliniques intégrant les modalités d'appels du médecin de garde spécifiques et tenant compte des réalités de chaque entité.
- Élaboration d'une procédure « code blanc » pour désigner les actions à mener.
- Révision et diffusion du « Guide sur l'accès à l'information et la gestion des dossiers ».

- Différents rappels réalisés dans l'application des différentes politiques/procédures/directives du CISSS de l'Outaouais, par le biais de différentes modalités (rencontre gestionnaire, note de service, etc.).
- Révision du parc d'équipement et achat d'équipements adaptés aux besoins des usagers.
- Révision du *Guide sur l'accès à l'information et la gestion des dossiers* et uniformité dans toutes les installations du CISSS de l'Outaouais.

Le Protecteur du citoyen

En 2018-2019, le Protecteur du citoyen a émis 17 recommandations à l'établissement.

Voici, par sujet, les recommandations et les mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :

Ressources d'hébergement

Recommandations

- *De mettre en place un comité pour le fonctionnement de ces résidences en y incluant des représentants du CISSS de l'Outaouais, de la Fondation immobilière de l'Outaouais (FIO) et des représentants légaux des personnes hébergées détenant un bail.*
- *D'établir le portrait des différentes formes d'hébergement offertes aux personnes relevant de la Direction de programmes DI-TSA-DP et d'identifier les distinctions administratives, cliniques et législatives applicables.*
- *S'assurer que les familles, représentants légaux et autres personnes concernées comprennent les distinctions administratives, cliniques et législatives applicables associées aux différents milieux d'hébergement avant d'orienter des personnes.*
- *De sensibiliser la FIO quant aux droits des représentants légaux des personnes hébergées.*
- *D'effectuer un rappel auprès des gestionnaires et du personnel de la Direction DI-DP-TSA quant aux droits des représentants légaux des personnes hébergées d'être consultées au moment de l'évaluation, de l'intégration ou d'une relocalisation dans les résidences de la FIO.*
- *De clarifier le mécanisme d'accès aux résidences de la FIO au moment de planifier l'intégration ainsi que les modalités de relocalisation d'un usager ou d'une usagère.*
- *De préciser le niveau d'intensité de services qu'il est possible d'offrir dans les résidences de la FIO et d'identifier le profil des personnes que ces milieux ne sont pas en mesure de desservir.*
- *De clarifier le mécanisme d'accès et de préciser les évaluations préalables requises avant l'intégration d'une personne dans une résidence de la FIO.*
- *S'assurer qu'il y a une corrélation entre les objectifs cliniques visés par le CISSS de l'Outaouais et la durée du bail proposée par la FIO.*
- *D'identifier les employés n'ayant pas eu accès à la formation sur « l'approche positive » et planifier un plan de formation en fonction des besoins identifiés.*

Mesures :

- Un comité a été formé avec les représentants des usagers, de la Fondation immobilière de l'Outaouais (FIO) et du CISSS de l'Outaouais afin de discuter du mode de fonctionnement des résidences et clarifier ce qui était pour être prévu au bail et dans l'entente de collaboration entre le CISSS de l'Outaouais et la FIO.
- Rédaction d'un addenda aux trois ententes de chacune des résidences avec la FIO précisant le profil des usagers admissibles.

- Révision du continuum résidentiel afin d'équilibrer l'offre de services d'hébergement permanent et l'offre de services de réadaptation intensive se situant en milieu d'hébergement transitoire.
- Rédaction et adoption d'un cadre de référence pour un hébergement en DI-DP-TSA.
- Administration d'un sondage auprès de la clientèle et retour auprès des gestionnaires de la direction, au comité des usagers DI-TSA et à tous les proches qui ont répondu au questionnaire.
- Mise à jour des outils de planification et d'intégration de l'utilisateur dans une ressource.
- Élaboration d'une procédure sur le jumelage/pairage des usagers et les modalités de relocalisation en fonction des besoins de la clientèle.
- Planification du déploiement de formation du personnel avec des formateurs internes.

Pratique des PII

Recommandations

- *Assurer, à l'unité de pédopsychiatrie de l'hôpital Pierre-Janet, l'implantation d'une pratique d'élaboration des PII avec la participation des parents et l'obtention de leur consentement formel aux interventions planifiées.*
- *Rappeler au personnel de l'unité pédopsychiatrie de l'hôpital Pierre-Janet l'importance de faire, dans les meilleurs délais possible, auprès des représentants des usagers fréquentant l'hôpital de jour le suivi des événements significatifs survenus pendant que l'utilisateur est sous sa responsabilité.*

Mesures

- Élaboration de l'offre de services de l'unité de pédopsychiatrie incluant la procédure pour les intervenants de l'équipe en lien avec l'élaboration du plan d'intervention.
- Rencontre d'équipe sur l'importance d'interpeller rapidement le parent ou le tuteur de l'enfant lorsqu'un événement significatif se produit.

Droits particuliers

Recommandations

- *Mettre en ligne une version en langue anglaise de la page « Droits des usagers ».*
- *Élaborer un plan d'action définissant les moyens déployés (incluant les budgets alloués) dans le but d'assurer l'accès à des services d'interprétariat visuels pour la population sourde de la région de l'Outaouais.*

Mesures

- Mise en ligne de la version anglaise de la page « Droits des usagers » sur le site Web du CISSS de l'Outaouais.
- Élaboration d'un plan d'action incluant les moyens visant l'accès à des services d'interprétariat visuels.

Frais en milieu hospitalier

Recommandation

- *Annuler la facture # 249280 de 149,56 \$ qui a été transmise à l'usagère.*

Mesure

- Annulation d'une facture.

Usage de parfums et produits parfumés

Recommandations

- *Prendre les moyens nécessaires afin que l'interdiction complète du port de parfum s'applique au personnel de l'urgence de l'hôpital de Hull, conformément à la nouvelle directive « Produits parfumés – accommodement ».*
- *Rappeler au personnel de l'urgence de l'hôpital de Hull l'importance de garder en tout temps une attitude respectueuse avec les usagers et les usagères.*

Mesures

- Note de service adressée à l'ensemble du personnel de l'urgence de l'hôpital de Hull, rappelant la mise en vigueur de la direction « accommodement – usage du port de parfums et produits parfumés » et l'interdiction du port de parfum pour le personnel de l'urgence de Hull.
- Affichage de la directive aux endroits suivants de l'urgence de Hull : salle de repos, tableau de communication, salle de triage et accès publics.

Le Coroner

Voici les recommandations reçues du Bureau du Coroner en 2018-2019, ainsi que les mesures correctives qui ont été mises en place pour donner suite aux recommandations.

- *Que le CISSS de l'Outaouais vérifie si la résidence respecte les critères de certification émis, notamment à l'égard des soins infirmiers.*

Mesures :

- Visite d'inspection effectuée à la résidence en date du 25 février 2019.
 - Vérification et confirmation de la conformité : Article 43 sur les activités professionnelles par des membres en règle de leur ordre et article 20 en regard du seuil minimal de surveillance, catégorie 4.
- *Que la DSP de l'hôpital de Gatineau s'assure que les recommandations du comité de l'évaluation de l'acte du 7 novembre 2017 soient appliquées dans les plus brefs délais.*

Mesures :

- Actualisation des 17 recommandations du comité de l'évaluation de l'acte. Intégration de celles-ci dans les pratiques et protocoles du département d'obstétrique-gynécologie du CISSS de l'Outaouais.
 - Implication de la Direction jeunesse dans le processus.
- *Que le CISSS de l'Outaouais revoie la prise en charge d'un usager en date du 17 août 2016 et procède à la révision du dossier durant son hospitalisation à l'Hôpital du Pontiac ainsi que les circonstances de la perforation intestinale survenue à l'occasion de la colonoscopie.*

Mesure :

- Note de service intitulé : «Recommandation du comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique» rédigée et diffusée à tous les médecins qui pratiquent des colonoscopies en date du 14 mars 2018.

- *Que le CISSS de l'Outaouais revoie l'analyse du dossier d'une usagère à la suite de la demande de suivi en santé mentale du CSSS de la Pommerais, en mai 2016, et suite à l'intervention policière du 7 septembre 2016, et apporte les correctifs requis le cas échéant.*

Mesures :

- Centralisation de l'ensemble des demandes du territoire de Papineau vers la même intervenante dédiée à temps complet à cette tâche;
 - Gestion et analyse des demandes selon les outils cliniques du guide clinico-administratif de la direction des programmes santé mentale et dépendance;
 - Réévaluation du code de priorité lors de nouveaux faits ou après trois mois lorsque l'utilisateur est toujours sur la liste d'attente;
 - Intégration des intervenants du Centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais au sein de l'équipe santé mentale à des fins de partage de connaissances.
- *Que l'hôpital Pierre-Janet revoie la sécurité des unités où des malades potentiellement suicidaires sont placés. Particulièrement, la pertinence de retirer et/ou de rendre moins accessible des sacs de plastique qui peuvent être utilisés pour causer l'asphyxie.*

Mesures :

- Retrait des sacs de plastique des poubelles des chambres et des salles de bain de ces unités;
 - Conservation des sacs de plastique grand format hors de la portée des usagers en tout temps.
- *Que le CISSS de l'Outaouais, s'assure que le personnel d'urgence de ses hôpitaux qui agissent comme centre de référence (exemple: Hôpital de Hull) et qui n'ont pas de service obstétrique soit en mesure d'effectuer des césariennes d'urgence, en ayant à sa disposition des trousses de césarienne d'urgence fonctionnelle, en tout temps, et en lui assurant une formation inspirée du programme AMPRO portant sur les situations obstétricales urgentes.*

Mesure : (en cours)

Les autres instances

Les Médecins examinateurs

En 2018-2019, les médecins examinateurs ont émis 7 recommandations.

- *Que la Direction des services professionnels élabore une politique claire quant aux demandes de suivi des patients connus pour l'ensemble des spécialités en clinique externe au CISSS de l'Outaouais. Cette politique devrait comporter des éléments définissant les raisons pour lesquelles une demande de consultation sera nécessaire et le tout devrait être conforme au Code de déontologie du Collège des médecins du Québec.*
- *Que le Directeur des services professionnels ainsi que le Chef de département de médecine générale fassent un rappel à l'ensemble des médecins quant à l'importance de communiquer les sommaires d'hospitalisation aux médecins de famille pour permettre une continuité de soins, ce qui nécessite qu'ils indiquent eux-mêmes le nom du médecin de famille sur la feuille sommaire d'hospitalisation à l'endroit prévu à cet effet.*

- *Que la Direction des services professionnels révise en profondeur le cheminement d'un rapport de radiologie et médecine nucléaire débutant par l'interprétation d'un résultat d'examen et se terminant avec la transmission au médecin requérant. L'objectif de cette révision serait de diminuer les délais à tous les niveaux et d'offrir aux médecins une procédure unique et simple pour la gestion des rapports urgents avec une méthode de transmission efficace et rapide aux médecins requérants, peu importe leur lieu de pratique.*
- *Que le département d'obstétrique et gynécologie révise son processus de transfert de patients entre les médecins à la fin et au début de chaque garde afin d'éviter que des patientes soient oubliées au suivi sur les étages.*
- *Que la Direction des services professionnels s'assure que les départements d'oncologie et de pathologie clarifient et élaborent le protocole de la trajectoire du test Oncotype DX en accord avec les recommandations du document publié par l'INESSS « Utilisation du test Oncotype DXMD aux fins de décision thérapeutique dans le contexte du traitement du cancer du sein infiltrant.*
- *Que le CISSS de l'Outaouais mette en place des moyens afin d'offrir les ressources permettant à ses chirurgiens de donner aux usagers des interventions dans des délais qui respectent les normes de pratique.*
- *Que le département de radiologie révise ses processus afin de trouver une façon conviviale pour les radiologistes de savoir quelles sont les priorités des nombreux scans qu'ils ont à lire et développer un moyen de retracer systématiquement les scans dont le délai de lecture approche leur niveau de priorité (A à D) pour relancer la lecture par le radiologiste ou, si besoin est, de l'attribuer à un autre radiologiste.*

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

- Note de service pour rappeler aux médecins détenant des privilèges d'hospitalisation de marquer le nom du médecin de famille, afin de permettre d'acheminer l'information à ce dernier.
- Élaboration d'une procédure pour les gynécologues concernant la liste de leurs patients.
- Mise en place d'une procédure intra et inter service d'utilisation du test Oncotype DXMD avec mise en place d'un document SharePoint pour la traçabilité de la demande.

Les Ordres professionnels

L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec ainsi que l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec ont procédé chacun à différentes visites d'inspection dont : celles pour les urgences des hôpitaux de Hull et de Gatineau, du centre de détention de Hull, des hôpitaux de Hull et de Pierre-Janet, ainsi que des CHSLD de Gracefield, Renaissance, Bonséjour et Foyer du Bonheur au cours de l'année 2018.

Voici la liste des principales recommandations

Concernant les infirmières des salles d'urgence de Hull et Gatineau :

- *Améliorer la composante subjective de l'évaluation clinique;*
- *Améliorer l'évaluation du risque de chute et de l'utilisateur ayant chuté;*
- *Documenter de façon exacte, pertinente et concise leur démarche clinique et consigner les données qu'elles ont elles-mêmes recueillies;*
- *Documenter l'heure et l'identité de l'infirmière à qui elles confient la responsabilité de la surveillance clinique d'un client en attente d'une prise en charge médicale;*

- *Intégrer la norme de documentation du PTI dans leur pratique, lorsqu'un suivi infirmier prioritaire est nécessaire.*

Concernant les infirmières et infirmiers auxiliaires des hôpitaux de Hull et Pierre-Janet, ainsi que des CHSLD de Gracefield, Renaissance, Bonséjour et du Foyer du Bonheur :

- *Inscrire la signature et le titre professionnel;*
- *Respecter le secret professionnel en tout temps et conserver tous les dossiers personnels dans un endroit sécuritaire et de manière à assurer leur confidentialité;*
- *Les équipements partagés devraient être nettoyés et désinfectés entre chaque utilisation, et avant d'être entreposés dans un local fermé et propre;*
- *Appliquer en tout temps les mesures de prévention et de contrôle des infections, y compris l'hygiène des mains;*
- *Porter des gants lors de l'administration d'un médicament par voie ophtalmique, lors de toute manipulation d'objets piquants ou tranchants impliquant un contact avec le sang ou lorsqu'une contamination des mains par du sang est à prévoir et lors de contact avec une personne peu coopérative;*
- *Garder le chariot à la vue et le verrouiller lorsque vous vous en éloignez et ne jamais laisser de médicaments sans surveillance;*
- *Appliquer les principes de sécurité dans la gestion des médicaments.*
- *Prendre les moyens pour améliorer les connaissances sur les méthodes de soins reconnues;*
- *Utiliser les outils d'information de manière autonome;*
- *Réviser la méthode de soins sur les prélèvements sanguins par ponction veineuse.*

Concernant les infirmières et les infirmiers du centre de détention de Hull :

- *Cibler les clients à risque de détérioration de leur état de santé nécessitant un suivi infirmier, établir un profil de santé de référence complet et le mettre à jour selon l'évolution de la condition;*
- *Évaluer et surveiller la condition de santé des clients dont la pharmacothérapie nécessite une vigilance et un suivi infirmier mettre en place les interventions requises et émettre explicitement un constat sur la pharmacothérapie ainsi que sur les résultats des soins;*
- *Consigner au dossier des clients présentant une détérioration de leur état de santé, des notes d'évolution claires et organisées en respectant les règles légales de documentations;*
- *Déterminer et mettre à jour le PTI des clients dont l'état de santé requiert un suivi prioritaire;*
- *Se doter de moyens efficaces pour communiquer les informations pertinentes entre les membres de l'équipe de soins afin d'assurer la continuité des soins des clients dont l'état de santé se détériore.*

Voici la liste des principales mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :

- Diffusion des recommandations auprès des équipes (Info-Urgence, stations visuelles, rencontres départementales)
- Mise à jour des connaissances des infirmières (élaboration et dispensation de formations)
- Audits et recadrage de la pratique
- Rappel administratif lors des rencontres d'équipe
- Rédaction et diffusion d'un avis clinique
- Article dans les bulletins «Infos» des directions cliniques.
- Interventions ciblées auprès des gestionnaires
- Audits par équipe soutien à la pratique et avec les gestionnaires
- Interventions organisationnelles en matière de prévention des infections.
- Capsules cliniques par les conseillères en soins.
- Tournées visuelles de qualité.
- Implantation d'un formulaire sur l'examen clinique lors d'un malaise dominant.

- Formations des infirmières sur l'utilisation du formulaire et du malaise dominant PQRST.
- Mise en place d'un cahier de communication.
- Élaboration d'un modèle de contenu de communication efficace, pertinent et cohérent.
- Audits de dossiers et de PTI 4 fois/année

Le Collège des médecins du Québec

Le Collège des médecins du Québec a effectué une visite d'inspection professionnelle du 12 au 15 novembre 2018.

Voici la liste des principales recommandations :

- *La réglementation des départements doit définir de façon explicite la cascade des appels du médecin de garde*
- *Les règlements des départements doivent définir les modalités prévues pour l'évaluation de la qualité de la qualité de l'acte.*
- *Mise en place d'un tableau ou répertoire établissant la liste des sous-comités d'évaluation de l'acte et suivre les travaux d'évaluation de la qualité de l'acte.*

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

- Élaboration d'un gabarit de règlements de départements et de services cliniques qui intègre la cascade des appels du médecin de garde, la tenue des dossiers et les modalités de fonctionnements des sous-comités d'évaluation de la qualité de l'acte.
- Intégration de deux pédopsychiatres dans le comité d'évaluation de l'acte, ce qui améliore la prise en compte des enjeux des jeunes patients dans le sous-comité du département de psychiatrie.
- Dépôt d'une structure d'évaluation de la qualité de l'acte par service et département clinique.

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 2018 au 31 mars 2019) :

	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total Établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	935				935
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	Sans objet	Sans objet	Sans objet	243
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	223				223
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	Sans objet	Sans objet	Sans objet	383
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant renouvellement d'une garde autorisée)	360				360

Veuillez noter qu'il n'y a eu aucune mise sous garde pour les missions CHSLD, CLSC et CR en 2018-2019.

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

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

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

5.5 L'information et la consultation de la population

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

Chaque année, les membres du conseil d'administration rencontrent les citoyens via une tournée d'informations et d'échanges. Au total, en 2018-2019, plus de 130 citoyens et représentants d'organisations du milieu ont pris la parole lors de ces forums qui ont eu lieu du 2 au 16 octobre 2018 à Maniwaki, Val-des-Monts, Shawville, Gatineau et Papineauville. De plus, les citoyens sont invités à participer à toutes les assemblées publiques du conseil d'administration. Ils peuvent, notamment, s'adresser aux membres pendant la période de questions et ceux-ci se font un devoir de répondre à chaque question qui leurs sont adressées.

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

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

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

De manière plus spécifique, en plus des moyens cités précédemment

1. Le service de l'accès à l'information a déposé sur le site Web du CISSS de l'Outaouais tous les documents mentionnés à l'article 4 du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, c.A2.1, règlement 2).
2. L'équipe du programme d'aide aux organismes communautaires
 - 2.1 transmet directement aux organismes qui les partagent avec leurs membres les communiqués de presse, les ordres du jour du conseil d'administration, et deux fois par année, le registre des organismes communautaires;
 - 2.2 publie les activités des organismes communautaires en affichant, dans la section « *Actualités communautaires* » du site Web : www.ciasssoutaouais.gouv.qc.ca.
3. Il est également possible de communiquer avec le bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour une demande d'assistance.

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

Résumé

*La Loi concernant les soins de fin de vie*¹ (L.R.Q., chapitre S-32.0001) a été adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 5 juin 2014. Cette loi vise à assurer le respect, la dignité et l'autonomie des personnes en fin de vie en leur permettant d'avoir accès à des soins de fin de vie si l'état de leur santé le requiert et le droit de rédiger des directives médicales anticipées. Cette loi précise également les modalités particulières de certains de soins de fin de vie notamment la sédation palliative continue (SPC) et l'aide médicale à mourir (AMM). La majorité de ces dispositions de la Loi sont entrées en vigueur le 10 décembre 2015.

Pour la période du 10 décembre 2017 au 31 mars 2019, 3836 patients ont bénéficié de soins de fin de vie au CISSS de l'Outaouais. Pour cette même période, 52 sédations palliatives continues ont été administrées. De même, 51 demandes d'AMM ont été formulées dont 37 ont été administrées. Pour ce qui est des 14 AMM qui n'ont pas été administrées; 7 patients ont retiré leur demande ou ont changé d'avis, 2 sont décédés avant l'évaluation, 2 patients sont décédés avant l'administration de l'AMM, 2 n'étaient pas aptes à donner leur consentement et pour 1 patient, la raison de retrait n'est pas connue.

Au cours de l'année 2018-2019, nous avons consolidé l'ensemble des processus qui entourent l'accès aux soins de SPC et d'AMM, de même que la qualité du service offert. Nous avons été au premier plan d'un avancement important dans le domaine, ayant réalisé à deux (2) reprises un prélèvement d'organes chez une personne qui a reçu le soin d'AMM.

Le rapport de la Commission sur les soins de fin de vie publié en début d'année 2019 a été l'occasion de faire une analyse rétrospective des activités en SPC-AMM depuis la mise en vigueur de la Loi en décembre 2015. De cette analyse, des constats ont été effectués touchant certains aspects de notre fonctionnement, permettant de dégager des pistes d'amélioration quant à l'accès au soin d'AMM par les patients, de même qu'au cheminement d'une demande jusqu'à l'administration du soin.

Nous réalisons qu'une démarche soutenue d'information est nécessaire, tant auprès de nos médecins et du personnel, que dans la population en général. Le soin d'AMM demeure un soin d'exception, mais grandement nécessaire et fait l'objet de beaucoup d'attention médiatique sur plusieurs plans, ce qui a comme conséquence de rendre l'appropriation du soin plus complexe pour tous.

Notons qu'au cours de l'année, une attention particulière a été dévolue par l'organisation aux Directives médicales anticipées (DMA), afin de promouvoir son recours par la population et pour sensibiliser les différentes instances de notre établissement à son existence.

¹Assemblée nationale. Loi concernant les soins de fin de vie. Québec, Canada : Assemblée nationale du Québec, 2015



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

Exercice 2018-2019

Données du : 10-déc-17 au 31-mars-19

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	1366				1366
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée		231			231
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile			1773		1773
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs				466	466
		Total du nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie				3836
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées :	41	8	1	2	52
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées :	38	0	13	0	51
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées :	28	0	9	0	37
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs associés :					14
	2 personnes décédées avant la fin de l'évaluation	1		1		
	7 personnes ont retiré leur demande/ont changé d'avis	6		1		
	2 personnes décédées avant l'administration	2				
	2 personnes ne sont pas aptes à donner leur consentement	1		1		
	1 Non connu			1		

6. LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 Les ressources humaines du CISSS de l'Outaouais

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT				
<u>PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES</u>		Exercice courant	Exercice précédent	Variation (C.1 - C.2)
		1	2	3
Personnel-cadre (en date du 31 mars):				
Temps Complet, nombre de personnes (Note 1)	1	295	290	5
Temps partiel (Note 1):				
- Nombre de personnes	2	8	8	0
- Équivalents temps complet (Note 4)	3	7,2	6,8	0,4
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	4	0	4	-4
Personnel régulier (en date du 31 mars):				
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	5	4 871	4 860	11
Temps partiel (Note 2):				
- Nombre de personnes	6	2 180	2 183	-3
- Équivalents temps complet (Note 4)	7	1 884,92	1 910,14	-25,22
Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	8	2	5	-3
<u>PERSONNEL NON-DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)</u>				
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	9	3 409 490,14	3 060 657,83	348 832,31
Équivalent temps complet (Notes 3 et 4)	10	1 866,17	1 675,24	190,93

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

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

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

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

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

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

11045218 - CISSS de l'Outaouais		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2018-04-01 au 2019-03-30		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	682 599	6 603	689 202	376	426
	2015-16	612 821	2 695	615 516	337	380
	2016-17	574 415	5 155	579 570	316	365
	2017-18	542 228	3 522	545 750	298	350
	2018-19	536 840	3 047	539 887	296	337
	Variation	(21,4 %)	(53,9 %)	(21,7 %)	(21,4 %)	(20,9 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	2 172 498	11 615	2 184 113	1 202	1 496
	2015-16	2 107 108	10 951	2 118 059	1 166	1 437
	2016-17	2 093 681	13 507	2 107 188	1 159	1 423
	2017-18	2 187 975	14 032	2 202 007	1 210	1 514
	2018-19	2 263 236	16 409	2 279 645	1 252	1 564
	Variation	4,2 %	41,3 %	4,4 %	4,2 %	4,5 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	3 769 698	213 290	3 982 988	2 018	2 693
	2015-16	3 794 802	201 789	3 996 591	2 030	2 706
	2016-17	3 791 651	233 089	4 024 740	2 025	2 705
	2017-18	3 860 119	263 053	4 123 172	2 063	2 762
	2018-19	3 911 053	284 745	4 195 798	2 090	2 802
	Variation	3,7 %	33,5 %	5,3 %	3,6 %	4,0 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6 232 601	174 896	6 407 497	3 411	4 778
	2015-16	6 171 897	154 379	6 326 276	3 377	4 654
	2016-17	6 102 369	201 011	6 303 380	3 341	4 650
	2017-18	6 272 629	252 750	6 525 380	3 440	4 891
	2018-19	6 359 576	269 661	6 629 238	3 494	5 123
	Variation	2,0 %	54,2 %	3,5 %	2,4 %	7,2 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 349 776	27 293	1 377 069	689	1 241
	2015-16	1 327 240	23 052	1 350 292	679	1 216
	2016-17	1 316 634	24 341	1 340 975	673	1 181
	2017-18	1 318 251	33 604	1 351 855	674	1 171
	2018-19	1 321 015	34 651	1 355 666	676	1 187
	Variation	(2,1 %)	27,0 %	(1,6 %)	(2,0 %)	(4,4 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	27 235	67	27 302	15	127
	2015-16	16 029	24	16 053	9	109
	2016-17	12 710	33	12 743	7	71
	2017-18	23 779	147	23 926	13	91
	2018-19	22 707	127	22 835	13	91
	Variation	(16,6 %)	89,7 %	(16,4 %)	(13,6 %)	(28,3 %)
Total du personnel	2014-15	14 234 407	433 764	14 668 171	7 711	10 132
	2015-16	14 029 897	392 890	14 422 786	7 597	9 915
	2016-17	13 891 460	477 137	14 368 597	7 522	9 883
	2017-18	14 204 981	567 108	14 772 089	7 699	10 257
	2018-19	14 414 427	608 641	15 023 068	7 820	10 583
	Variation	1,3 %	40,3 %	2,4 %	1,4 %	4,5 %

Cible en heure rémunérées pour 2018-2019

14 849 713

Écart à la cible

173 355

Écart à la cible en %

1,2%

(voir note page suivante)

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

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

- La durée prolongée de l'évacuation de l'hôpital Pierre-Janet (réintégration complète en septembre 2019);
- L'augmentation des heures travaillées régulières qui étaient effectuées par de la MOI en 2014-2015.

7. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	14 488 726 \$	1,74%	16 245 941 \$	1,84%	1 757 215 \$	12,13%
Services généraux — activités cliniques et d'aide	40 568 961 \$	4,86%	42 118 341 \$	4,77%	1 549 380 \$	3,82%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	119 097 829 \$	14,28%	131 924 759 \$	14,93%	12 826 930 \$	10,77%
Déficiences physique	28 914 263 \$	3,47%	30 149 403 \$	3,41%	1 235 140 \$	4,27%
Déficiences intellectuelle et TSA	40 457 494 \$	4,85%	40 593 651 \$	4,59%	136 157 \$	0,34%
Jeunes en difficulté	54 590 385 \$	6,55%	58 272 099 \$	6,59%	3 681 714 \$	6,74%
Dépandances	4 573 420 \$	0,55%	4 919 848 \$	0,56%	346 428 \$	7,57%
Santé mentale	53 838 508 \$	6,46%	57 154 840 \$	6,47%	3 316 332 \$	6,16%
Santé physique	316 017 050 \$	37,89%	333 723 802 \$	37,76%	17 706 752 \$	5,60%
Programmes soutien						
Administration	49 638 212 \$	5,95%	52 643 069 \$	5,96%	3 004 857 \$	6,05%
Soutien aux services	59 880 757 \$	7,18%	63 454 144 \$	7,18%	3 573 387 \$	5,97%
Gestion des bâtiments et des équipements	51 923 579 \$	6,23%	52 665 664 \$	5,96%	742 085 \$	1,43%
Total	833 989 184 \$	100,00%	883 865 561 \$	100,00%	49 876 377 \$	5,98%

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

8.2 L'équilibre budgétaire

Le résultat global de l'année financière se termine avec un déficit net de (381 695 \$) présenté de la façon suivante :

- Fonds d'exploitation : déficit de (905 813 \$)
- Fonds d'immobilisations : surplus de 524 118 \$

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 ne s'est pas conformé à son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin de l'année financière.

Le déficit s'explique par une augmentation des coûts de la masse salariale et des médicaments. L'écart en masse salariale s'explique principalement par la pénurie de main-d'œuvre et le taux d'assurance-salaire qui demeure élevé. Ces éléments génèrent une hausse de coûts en assurance-salaire, en temps supplémentaire et en main d'œuvre indépendante. On observe également une forte croissance des coûts en CNESST qui ajoute une pression financière importante.

Un plan de retour à l'équilibre budgétaire est en cours d'actualisation visant un retour à l'équilibre au 31 mars 2020. Les mesures d'économie découlent de projets d'amélioration continue ayant pour objectif d'améliorer la santé organisationnelle, l'efficacité et l'efficience de nos services, ainsi que l'évolution de nos services selon les meilleures pratiques.

8.3 Les contrats de services

Les contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019, sont les suivants :

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	3	102 550,00 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	107	17 100 340, 61 \$
Total des contrats de services	110	17 202 890,61 \$

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.

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

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CISSS de l'Outaouais

1104-5218

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2019

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport à la gouvernance						
1.1 CISSS de Papineau : Absence de politique et procédures formelles concernant la disposition d'immobilisations corporelles et l'évaluation de perte de valeur potentielle.	2012-13	O	Suite à la fusion des établissements, cette problématique n'est plus existante.	X		
1.2 CISSS de l'Outaouais Approbation des feuilles de temps Lors de notre audit, nous avons remarqué que certains superviseurs ou chefs de département délèguent le pouvoir d'approuver les feuilles de temps des employés de leur département à un adjoint administratif. Cette pratique n'est pas conforme aux orientations actuellement en vigueur au CISSS de l'Outaouais. Nous recommandons à la direction de revoir le processus en place afin de s'assurer que les feuilles de temps sont approuvées et revues par les personnes appropriées.	2016-17	O	Lors de la fusion des systèmes de paie – oct. 2018 : Consigne : Accès d'approbation donné qu'au personnel d'encadrement. Note de service envoyée au personnel d'encadrement Création de capsules de formation sur l'approbation des horaires.	X		
1.3 CISSS de Gatineau : Environnement informatique Lors de notre audit, nous avons constaté certains points de contrôle informatique qui mériteraient d'être revus ou renforcés.	2012-13	O	1. Validation des employés actuels du groupe utilisateur ayant un accès à la codification de paie (Formule 3B) : - Impression trimestrielle de la liste de personnel et envoi aux gestionnaires pour validation - Conservation des documents par		X	

exercice terminé le 31 mars 2019

Formule 3B (accès utilisateur) Les déficiences importantes de contrôles internes relevées au cours de notre mission sont également décrites dans les « commentaires relatifs au questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant » de la page 123 du rapport financier AS-471. (Année 2012-2013)			le service de la paie et des avantages sociaux 2. Gestion des arrivées, nominations et départs du personnel Arrivées : Procédure interne en juillet 2018. Création des accès par le pilote. Nominations : Saisie journalière dans GRH-Paie par le pilote depuis octobre 2018. Les accès autre que ceux de base doivent être autorisés par le gestionnaire. Départs : Saisie journalière dans GRH-Paie par le pilote 3. Validation des chèques de paie de 3 000\$ et +			
1.4 CISSS de Gatineau, CISSS Papineau (2014) Utilisateurs à hauts privilèges Il existait huit (8) comptes à hauts privilèges (« accès à tout ») dans l'application GRM et 24 comptes administrateurs au réseau qui n'étaient pas appropriés. Les comptes à haut privilèges peuvent créer de nouveaux comptes, leur assigner des privilèges d'accès et effacer des comptes, ce qui pourrait permettre à un utilisateur de masquer des transactions réalisées. Recommandations La direction devrait réviser l'étendue des privilèges d'accès accordés aux utilisateurs dans les applications GRM et au réseau et limiter le nombre de personnes ayant (« accès à tout ») et/ou pouvant gérer des accès réseau.	2015-16	O	Procédure formelle rédigée, approuvée et mise en place d'un processus de demande d'accès à GRM pour permettre de réviser les privilèges des comptes administrateurs et réguliers. Le CISSSO effectuera des révisions d'accès sur une base périodique et au besoin. Une revue des employés ayant accès sera également effectuée pour s'assurer que les accès aux systèmes sont donnés uniquement à des utilisateurs qui en ont besoin.		X	
1.5 CISSS de l'Outaouais Accès du fournisseur Le fournisseur Logibec a accès en tout temps aux environnements de	2015-16	O	La procédure de gestion des accès fournisseurs est publiée. Une communication a été faite auprès des fournisseurs et pilotes d'applications.	X		

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 fournisseur a été mise en place et fait en sorte que Logibec doit demander au CISSSO l'accès à l'environnement de production. Recommandations 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.					
<u>1.6 CISSS de Gatineau, CISSS des Collines (2013) et CISSS de Papineau (2013)</u> Gestion des accès Procédure de gestion des accès. Il n'existe pas de procédure formelle de gestion des accès aux applications de l'Établissement, concernant la création, la modification, la suppression et la révision des accès et des privilèges. Ainsi, les demandes d'accès aux applications GRF, GRM et GRH ne sont pas systématiquement documentées et conservées. De plus, il n'existe pas de procédure de révision formelle périodique des privilèges d'accès aux utilisateurs pour les applications GRF, GRM et GRH. Enfin, deux (2) comptes utilisateurs GRF et 68 comptes utilisateurs GRM assignés à des employés n'étant plus à l'emploi de l'Établissement, étaient toujours actifs suite aux départs de ces employés. Recommandations Une procédure formelle, documentée et approuvée par la direction devrait être mise en place afin d'encadrer la gestion	2015-16	O	La procédure de gestion des accès utilisateurs est publiée. Sensibilisation auprès des utilisateurs. Une communication a été faite auprès des fournisseurs et pilotes d'applications. Des révisions d'accès seront effectuées sur une base périodique (annuelle) et au besoin.		X

des accès dans les applications. Toute demande d'accès devrait également être documentée afin de pouvoir faire un suivi des approbations et modifications d'accès aux applications et au réseau. Une procédure de révision périodique des accès devrait être formalisée et mise en place pour les applications. Cette procédure devrait indiquer les tâches à réaliser et à documenter ainsi que la fréquence de la révision des privilèges d'accès par application.						
1.7 CISSS de Gatineau, CISSS de Papineau et CISSS du Pontiac (2015) : 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). Cette procédure de gestion des changements devrait aussi couvrir les éléments suivants avec un niveau de détail pondéré en fonction du niveau de risque associé au changement : • L'officialisation des demandes de projets et de changements; • l'approbation des demandes par le personnel autorisé; • les étapes de développement, si nécessaire; • les tests à réaliser, incluant la documentation de plans de tests et des résultats de tests;	2015-16	O	Un diagramme de processus a été établi et une procédure sera élaborée pour être adoptée à l'automne 2019.			X

- l'approbation des modifications apportées par le personnel autorisé; - le plan de retour en arrière, si applicable; - la rétention de la documentation des changements. L'établissement devrait aussi s'assurer que tout changement mis en production est testé et approuvé et que ces tests et approbations sont documentés et conservés.					
1.8 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 : <u>Application GRH :</u> - Le délai d'expiration du mot de passe est 365 jours; - Les mots de passe ne sont pas complexe; et - L'historique des mots de passe conserve seulement les 2 derniers mot 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	2016-17	O	La procédure de gestion des mots de passe a été publiée pour l'ensemble des applications. Démarches à poursuivre en 2019-2020		X
1.9 Paramètre de mot de passe de l'application GRF et de sa base de données Des faiblesses ont été notées au niveau des mots de passe :	2016-17	O	La procédure de gestion des mots de passe a été publiée pour l'ensemble des applications. Démarches à poursuivre en 2019-2020		X

Application GRF Nous recommandons à l'Établissement que les paramètres de mots de passe suivants soient appliqués: - Complexité des mots de passe : activée					
1.10 Paramètre de mot de passe de l'application GRM et de sa base de données Des faiblesses ont été notées au niveau des mots de passe : Application GRM - L'historique des mots de passe ne conserve seulement que le dernier mot de passe; - L'expiration des mots de passe est à 90 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	2016-17	O	La procédure de gestion des mots de passe a été publiée pour l'ensemble des applications. Démarches à poursuivre en 2019-2020		X
1.11 CISSS de l'Outaouais : Modification des taux de taxes applicables Au cours de notre audit de la période terminée le 31 mars 2018, nous avons noté que le CISSS de l'Outaouais n'a pas mis en place les modifications requises selon la mise à jour MGF-062 du manuel de gestion financière ce qui pourrait avoir pour effet de réclamer des montants de TPS et TVQ erronés selon la nouvelle politique ministérielle. Nous recommandons que les nouveaux taux soient inscrits au système Espresso et appliqués pour effectuer les réclamations.	2017-18	O	Nouveaux taux de récupération de taxes inscrits au système en septembre 2018.	X	

1.12 CISSS de l'Outaouais : Pilote de la base de données – Oracle Au moment des tests effectués par Deloitte en avril 2018 au niveau des contrôles informatiques, nous avons noté qu'il n'y avait pas de pilote CISSSO avec l'expérience nécessaire pour extraire l'information de la base de données. 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 documentée pour chaque demande d'accès.	2017-18	O	Direction des technologies biomédicales et de l'information : Un poste a été comblé le 8 mai 2019. Un contrat avec firme externe est maintenu pour assister l'employé (conseils, audit spécifique, recommandations de configuration, etc.); Le processus de surveillance et de corrections a été repris. DRF, DRHCAJ, DSTL : Réorganisation des accès suite à la fusion des bases de données		X	
1.13 Révision des accès-GRF Les révisions des utilisateurs de l'application GRF de sa base de données ne sont pas formelles et ne sont pas documentées. Nous recommandons à la direction de documenter formellement la révision en ce qui concerne l'application GRF ainsi que sa base de données.	2018-19	O	Une procédure formelle de révision des accès des employés qui ont un accès au système GRF sera rédigée. Cette révision aura pour objectif de s'assurer que les employés ont les accès dont ils ont strictement besoin dans le cadre de leur travail. Cette procédure précisera les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la (les) personnes responsable(s). Cette procédure sera aussi applicable aux personnes ayant des accès privilégiés.			X
1.14 Révision des accès - GRH Les révisions des utilisateurs de l'application GRH de sa base de données ne sont pas formelles et ne sont pas documentées. Nous recommandons à la direction de documenter formellement la révision en	2018-19	O	Une procédure formelle de révision des accès des employés qui ont un accès au système GRF sera rédigée. Cette révision aura pour objectif de s'assurer que les employés ont les accès dont ils ont strictement besoin dans le cadre de leur travail.			X

exercice terminé le 31 mars 2019

ce qui concerne l'application GRH ainsi que sa base de données.			Cette procédure précisera les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la (les) personnes responsable(s). Cette procédure sera aussi applicable aux personnes ayant des accès privilégiés.			
1.15 Révision des accès - GRM Les révisions des utilisateurs de l'application GRM de sa base de données ne sont pas formelles et ne sont pas documentées. Nous recommandons à la direction de documenter formellement la révision en ce qui concerne l'application GRM ainsi que sa base de données.	2018-19	O	Une procédure formelle de révision des accès des employés qui ont un accès au système GRM sera rédigée. Cette révision aura pour objectif de s'assurer que les employés ont les accès dont ils ont strictement besoin dans le cadre de leur travail. Cette procédure précisera les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la (les) personnes responsable(s). Cette procédure sera aussi applicable aux personnes ayant des accès privilégiés.			X
1.16 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 réseaux au minimum).	2018-19	O	Une procédure formelle de révision des accès des employés qui ont un accès au Domaine sera rédigée. Cette révision aura pour objectif de s'assurer que les employés ont les accès dont ils ont strictement besoin dans le cadre de leur travail. Cette procédure précisera les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la (les) personnes responsable(s). Cette procédure sera aussi applicable aux personnes ayant des accès privilégiés.			X
1.17 Accès privilégiés Plusieurs utilisateurs ont des accès privilégiés dans les applications GRF et GRM et n'en ont pas besoin pour	2018-19	O	Établir la liste des personnes ayant des accès privilégiés au système sera dressée pour le système GRF Rencontrer les gestionnaires des			X

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.			personnes ayant des accès privilégiés afin de valider leur besoins réels et ce conformément aux tâches qu'ils ont à accomplir dans le système GRF Retirer les accès privilégiés aux employés qui n'en ont pas besoin dans le cadre de leur travail. Réviser les accès privilégiés conformément à la procédure de révision des accès (à faire ci haut).			
1.18 Lors de nos procédures d'audit sur les engagements contractuels, nous avons noté que certains engagements inclus à la page 635 ne respectaient 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.	2018-19	O	Le service des finances rencontrera chaque acteur afin de les former aux exigences de l'annexe 11 du manuel de gestion financière qui traite des engagements contractuels.			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
2.1 CISSS de Gatineau : Les méthodes d'enregistrement et de contrôle de l'unité de mesure – l'unité de technique provinciale du sous-centre d'activité 6352 (inhalothérapie — autres) ne permettent pas de s'assurer qu'elles sont valables, dû à la complexité de la procédure de compilation et l'unité de mesure B — l'usager n'a pas été compilée.	2008-09	O	Compilation effectuée au 31 mars 2019 de la mesure B. Processus de compilation sera revu en mai 2019.	X		

2.2 CISSS de l'Outaouais Les unités de mesure pour le sous-centre d'activités 5922 (Intervention et suivi de crise-santé mentale) n'ont pas été comptabilisées pour les installations de Papineau, Collines, Pontiac ainsi que la Vallée-de-la-Gatineau.	2016-17	O	Compilation effectuée au 31 mars 2019.	X		
2.3 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 méconnue des responsables du centre et de la personne responsable de la compilation des unités de mesure. Nous avons également noté que le système informatique semble être utilisé principalement à des fins de facturation, causant 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 de plus de 24 heures sont seulement suivies dans un cartable à usage interne avec lequel aucune réconciliation n'est faite lors de la compilation des unités des mesures. Ceci n'est pas conforme au manuel de gestion financière, selon lequel il faut tenir compte des normes relatives aux jours d'absence comme les congés temporaires et autres, de plus, le jour de l'admission compte pour un jour-présence, mais on ne doit pas tenir compte du jour de la sortie. 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 afin que tous les types d'absence soient pris en compte.	2017-18	O	Une analyse sera effectuée avec les gestionnaires en 2019-2020 Le processus de compilation est à revoir au niveau des absences temporaires			X

2.4 7554 Alimentation (Hôpital de Hull) Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que le centre d'activité prenait les présences uniquement le matin pour les usagers admis et inscrits dans l'hôpital. Puisque ce décompte sert à comptabiliser les unités de mesure pour les repas de la journée entière ceci augmente le risque que les unités de mesure soient surévaluées ou sous-évaluées du nombre d'usagers qui quittent ou sont admis à l'hôpital au courant de la journée. Nous vous recommandons de mettre en place un processus de prise de présences prenant en considération les mouvements d'usagers au cours de la journée afin d'augmenter la précision des unités de mesures.	2017-18	O	Le processus a été révisé pour tous les services alimentaires du CISSSO	X	
2.5 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 dispositions 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 s'assurer qu'ils mettent en place des systèmes adéquats qui leur permettront d'enregistrer les unités de mesure adéquatement.	2017-18	O	Unité B : Développement d'une procédure et compilation effectuée depuis janvier 2019 avec un nouvel outil de travail « ARIA »		X

2.6 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.	2017-18	O	Une note a été envoyée afin de clarifier la méthode de compilation Compilation adéquate sera effectuée à partir du 1^{er} avril 2019.		X	
2.7 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.	2017-18	O	Tous les établissements de l'ancien CSSSG sont faits. Les travaux se poursuivront en 2019-2020 pour les autres installations du CISSSO.		X	
2.8 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	2017-18	O	LA DRF et la DSM ont effectués des rencontres pour réviser le processus permettant d'obtenir de façon périodique la totalité des unités de mesure. L'entrée des données de façon périodique a débuté pour certaines interfaces.		X	

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.			Les travaux se poursuivront en 2019-2020			
Nous vous recommandons de comptabiliser les unités statistiques de façon périodique.						
2.9 Lors de l'audit sur les unités de mesure, nous avons remarqué que certains gestionnaires de service ne connaissaient 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.	2018-19	O	Dans la poursuite de travaux d'amélioration, nous travaillerons en collaboration avec les acteurs concernés par les unités de mesure à savoir la direction des services multidisciplinaires et la DQPE afin			X
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.			- d'améliorer la formation des gestionnaires (connaissances et appropriation des unités de mesure et des systèmes qui les génèrent);			
			- de les sensibiliser à l'importance de la compilation des données statistiques qui sont sous leur responsabilité;			
2.10 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 informés des changements, s'il y a lieu, dans les unités de mesure sous leur responsabilité.	2018-19	O	De nouveaux outils de compilation des statistiques seront mis en place pour faciliter la compilation et le suivi des unités de mesure à chaque période. La sensibilisation sera faite auprès des gestionnaires pour prendre connaissance de ses fichiers qui seront maintenant accessibles en tout temps aux gestionnaires. Une autorisation formelle pour l'ensemble des données sera envoyé une fois par année par le service de la comptabilité aux gestionnaires et conservée dans le dossier de fin d'année pour les unités de mesures reçues et compilées par le service de la comptabilité.			X
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.						

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
3.1 Lors de notre audit, nous avons identifié les anomalies dans les informations à fournir. Ainsi qu'exigé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2019 et 2018 n'ont pas été déterminées.	2018-19	R	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 ces directives.			X
3.2 Compte tenu du formulaire prescrit, les frais reportés liés à la dette, d'un montant de 2 032 804 \$ pour l'exercice terminé le 31 mars 2019, ne sont pas présentés en diminution de la dette; mais plutôt présentés comme « autres actifs ».	2018-19	C	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 ces directives.			X
3.3 Il a été relevé lors de la revue du ministère que lors des années antérieures à l'année financière 2018-19, des montants totalisant 2 315 917 \$ pour les projets autofinancés ont été transférés prématurément du fonds d'exploitation vers le fonds d'immobilisations, ceci cause une surévaluation des surplus (déficits) cumulés en début d'exercice du fonds d'immobilisations et une sous-évaluation du fonds d'exploitation. Les modifications requises ont été effectuées pour l'année financière 2018-19 et la correction des surplus via un transfert interfonds. Il n'y a pas d'impact sur le surplus (déficit) de l'exercice.	2018-19	C	Suite à la révision du ministère concernant les projets autofinancés des années précédentes toutes les écritures de corrections ont été comptabilisées en 2018-2019. Il n'y a pas d'impact sur le déficit de l'année courante et les surplus (déficit) cumulés sont exacts au 31 mars 2019.	X		

9. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

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



Reddition de comptes 2018-2019

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

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

Le 10 mai 2019

Date

ⁱ Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

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

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

10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais reconnaît 154 organismes communautaires. Cent trente-deux d'entre eux reçoivent une contribution financière en support à la mission globale via le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), pour supporter la mission de l'organisme. Le tableau en annexe met en parallèle les subventions accordées aux organismes pour les années 2017-2018 et 2018-2019.

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

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

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

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

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

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

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

PROGRAMME D'AIDE AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DONNÉES COMPARATIVES 2017-2018 ET 2018-2019

	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2017-2018				2018-2019			
		MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL
1	Académie des retraités de l'Outaouais	46 409 \$	35 554 \$		81 963 \$	47 152 \$	14 000 \$	36 123 \$	97 275 \$
2	Accueil-Parrainage Outaouais		13 849 \$		13 849 \$	13 849 \$			13 849 \$
3	Action-Quartiers	63 180 \$	16 200 \$		79 380 \$	64 191 \$			64 191 \$
4	Adojeune inc.	425 611 \$	823 \$		426 434 \$	681 759 \$			681 759 \$
5	Aidants unis pour recréer ensemble des soutiens	22 261 \$			22 261 \$	22 261 \$			22 261 \$
6	Albatros Vallée-de-la-Gatineau (Maniwaki)	6 231 \$			6 231 \$	6 331 \$			6 331 \$
7	Alliance alimentaire Papineau	23 005 \$	12 150 \$	20 000 \$	55 155 \$	23 373 \$		35 000 \$	58 373 \$
8	Antre-Hulloises inc.	193 417 \$			193 417 \$	196 512 \$			196 512 \$
9	Arche Agapè inc.	482 196 \$	66 889 \$		549 085 \$	489 911 \$	66 889 \$		556 800 \$
10	Association des familles monoparentales et recomposées de l'Outaouais		66 800 \$		66 800 \$		197 400 \$		197 400 \$
11	Association des femmes immigrantes de l'Outaouais	92 806 \$			92 806 \$	94 291 \$			94 291 \$
12	Association des neurotraumatisés - Région de l'Outaouais	74 271 \$	140 574 \$		214 845 \$	75 459 \$	140 574 \$		216 033 \$
13	Association des personnes vivant avec la douleur chronique	83 706 \$			83 706 \$	85 045 \$			85 045 \$
14	Association pour l'intégration communautaire de la Vallée de la Gatineau "La Lanterne"	91 276 \$	18 261 \$		109 537 \$	98 736 \$	18 261 \$		116 997 \$
15	Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais	558 428 \$	627 116 \$		1 185 544 \$	567 363 \$	656 838 \$		1 224 201 \$
16	Association pour personnes exceptionnelles de Papineau inc.	58 892 \$	36 069 \$		94 961 \$	59 834 \$	36 069 \$		95 903 \$
17	Association pour Personnes Handicapées de Papineau	63 988 \$	303 102 \$	77 500 \$	444 590 \$	65 012 \$	303 102 \$		368 114 \$
18	Association Répit Communautaire	106 690 \$	168 344 \$	10 000 \$	285 034 \$	108 397 \$	145 845 \$		254 242 \$
19	Atelier de formation socioprofessionnelle de la Petite Nation	155 228 \$	84 424 \$		239 652 \$	157 712 \$	84 424 \$		242 136 \$
20	Avenue des Jeunes	659 953 \$			659 953 \$	670 511 \$			670 511 \$
21	Banque Alimentaire de la Petite Nation	53 982 \$			53 982 \$	54 846 \$			54 846 \$
22	Bouffe-Pontiac	64 035 \$	1 214 \$	20 000 \$	85 249 \$	85 060 \$		20 000 \$	105 060 \$
23	Bureau régional d'action SIDA (Outaouais)	499 288 \$	120 000 \$		619 288 \$	507 277 \$	120 000 \$		627 277 \$
24	C.A.D.O. Centre d'apprentissage pour la déficience-intellectuelle de l'Outaouais	176 095 \$	291 342 \$		467 438 \$	178 913 \$	291 342 \$		470 255 \$

		2017-2018				2018-2019			
	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL
25	C.A.P. Santé Outaouais (Centre d'activités promotionnelles)	199 920 \$			199 920 \$	203 119 \$			203 119 \$
26	Campus 3	195 865 \$	219 338 \$	337 117 \$	752 320 \$	222 847 \$	195 865 \$	337 117 \$	755 829 \$
27	Centre alimentaire Aylmer	90 679 \$	15 000 \$		105 679 \$	92 130 \$	387 \$	12 487 \$	105 004 \$
28	Centre d'action bénévole "A C C E S"	135 671 \$	56 658 \$		192 329 \$	137 842 \$		56 658 \$	194 500 \$
29	Centre d'action bénévole de Hull	192 235 \$			192 235 \$	195 311 \$			195 311 \$
30	Centre d'action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre	240 623 \$			240 623 \$	250 473 \$			250 473 \$
31	Centre d'activités préscolaires et familiales								
32	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Vallée-de-la-Gatineau	112 386 \$			112 386 \$	114 184 \$			114 184 \$
33	Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles-Outaouais	337 834 \$			337 834 \$	343 239 \$			343 239 \$
34	Centre de rencontre Arc-en-Ciel ltée	12 000 \$			12 000 \$	9 000 \$			9 000 \$
35	Centre de ressources Connexions	73 251 \$	99 927 \$		173 178 \$	94 423 \$	47 350 \$		141 773 \$
36	Centre d'entraide aux aînés	191 733 \$			191 733 \$	200 801 \$		11 500 \$	212 301 \$
37	Centre des jeunes de Wakefield	65 999 \$			65 999 \$	73 055 \$			73 055 \$
38	Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais (Clinique des femmes de l'Outaouais)	994 127 \$			994 127 \$	1 010 033 \$			1 010 033 \$
39	Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille	308 779 \$	19 600 \$		328 379 \$	313 719 \$	7 140 \$	30 000 \$	350 859 \$
40	Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais	256 237 \$	25 882 \$		282 119 \$	261 219 \$			261 219 \$
41	Centre Inter-Section	536 262 \$			536 262 \$	550 842 \$			550 842 \$
42	Centre Intervalle Pontiac	263 599 \$	82 730 \$		346 329 \$	267 817 \$	82 730 \$	20 375 \$	370 922 \$
43	Centre Jean Bosco de Maniwaki inc.	193 442 \$	174 435 \$		367 877 \$	202 537 \$	241 310 \$		443 847 \$
44	Centre Kogaluk	77 822 \$			77 822 \$	99 067 \$			99 067 \$
45	Centre Serge Bélair	74 519 \$	365 141 \$		439 661 \$	75 711 \$	365 141 \$		440 852 \$
46	Club d'âge d'or Monseigneur Martel de L'Île-du-Grand-Calumet	11 599 \$			11 599 \$	12 185 \$			12 185 \$
47	Club de l'âge d'or de Fort-Coulonge, Québec	24 999 \$			24 999 \$	24 999 \$			24 999 \$
48	Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais								
49	Comité de transport bénévole de l'Ouest du Pontiac et de Rapides-des-Joachims	34 272 \$			34 272 \$	34 820 \$			34 820 \$
50	Comité de Transport bénévole d'Otter Lake	16 617 \$			16 617 \$	16 883 \$			16 883 \$
51	Comité régional Troisième Âge Papineau	174 878 \$			174 878 \$	177 676 \$			177 676 \$
52	Comité Solidarité Gatineau-Ouest		1 500 \$		1 500 \$		1 800 \$		1 800 \$
53	Comptoir St-Pierre de Fort-Coulonge inc.	23 201 \$			23 201 \$	23 572 \$			23 572 \$
54	Donnes-toi une chance	264 678 \$	66 347 \$		331 025 \$	268 913 \$	41 491 \$	60 000 \$	370 404 \$
55	Droits-Accès de l'Outaouais	235 297 \$			235 297 \$	245 062 \$			245 062 \$

		2017-2018				2018-2019			
	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL
56	Entraide familiale de l'Outaouais inc.	112 351 \$			112 351 \$	120 149 \$			120 149 \$
57	Entraide-Deuil de l'Outaouais	74 415 \$			74 415 \$	95 606 \$			95 606 \$
58	Entre deux roues	46 005 \$	157 254 \$		203 259 \$	46 741 \$	157 254 \$		203 995 \$
59	Épilepsie Outaouais Inc.	75 485 \$			75 485 \$	76 693 \$			76 693 \$
60	Espace Outaouais inc.	182 902 \$			182 902 \$	185 828 \$	6 300 \$	68 500 \$	260 628 \$
61	Familles d'Abord								
62	Grenier d'apprentissage Jacques L.Charbonneau	24 131 \$	34 034 \$		58 165 \$	24 517 \$			24 517 \$
63	Groupe Communautaire Deschênes	66 033 \$			66 033 \$	73 090 \$			73 090 \$
64	Groupe d'entraide et de solidarité sociale pour hommes du Pontiac	46 000 \$	97 414 \$		143 414 \$	46 736 \$	97 414 \$	75 000 \$	219 150 \$
65	Groupe Entre Femmes de l'Outaouais	35 037 \$			35 037 \$	35 598 \$			35 598 \$
66	Halte-Femme Haute-Gatineau	603 780 \$	6 000 \$		609 780 \$	613 440 \$	4 000 \$		617 440 \$
67	Jeunesse Idem	46 000 \$			46 000 \$	46 736 \$	30 000 \$		76 736 \$
68	Jeunesse sans Frontières de la Vallée de la Gatineau	95 665 \$			95 665 \$	97 196 \$			97 196 \$
69	Journal Le PORTAIL de l'Outaouais	46 000 \$			46 000 \$	46 736 \$			46 736 \$
70	La Maison Alonzo Wright	23 541 \$			23 541 \$	46 935 \$			46 935 \$
71	La Maison des Collines		15 000 \$		15 000 \$			15 000 \$	15 000 \$
72	La Maison Unies-Vers-Femmes	702 118 \$			702 118 \$	713 352 \$			713 352 \$
73	La mie de l'entraide	53 818 \$			53 818 \$	54 679 \$			54 679 \$
74	La Pointe aux jeunes inc.	150 306 \$	20 000 \$		170 306 \$	152 711 \$			152 711 \$
75	La Soupière de l'Amitié de Gatineau inc.	115 889 \$	5 569 \$		121 458 \$	117 743 \$			117 743 \$
76	La source des jeunes	73 697 \$			73 697 \$	74 876 \$			74 876 \$
77	L'Alternative Outaouais	462 251 \$			462 251 \$	469 647 \$			469 647 \$
78	L'Amicale des personnes handicapées physiques de l'Outaouais	104 766 \$	56 289 \$		161 055 \$	106 442 \$	56 289 \$		162 731 \$
79	L'Apogée Association pour parents et amis de la personne ayant un problème de santé mentale	303 459 \$			303 459 \$	308 314 \$			308 314 \$
80	L'Association de l'ouïe de l'Outaouais	65 670 \$	30 941 \$		96 611 \$	112 174 \$	75 094 \$		187 268 \$
81	L'Association pour enfants ayant des troubles d'apprentissage (Chapitre de l'Outaouais)	54 717 \$	3 700 \$		58 417 \$	56 495 \$		5 000 \$	61 495 \$
82	L'Association pour la prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme chez les femmes de l'Outaouais	54 943 \$	400 \$		55 343 \$	76 222 \$			76 222 \$
83	L'Autre chez soi inc.	666 834 \$			666 834 \$	677 503 \$			677 503 \$
84	Le Boulev'art de la Vallée	631 703 \$	197 249 \$		828 952 \$	687 810 \$	197 249 \$		885 059 \$
85	Le Centre Actu-Elle	193 255 \$			193 255 \$	202 347 \$			202 347 \$
86	Le Centre d'action bénévole de Gatineau	192 700 \$			192 700 \$	195 783 \$			195 783 \$
87	Le Centre d'aide 24/7		1 061 311 \$		1 061 311 \$		724 773 \$		724 773 \$
88	Le Centre d'entraide des aînés de Buckingham	24 909 \$	10 000 \$		34 909 \$	25 308 \$			25 308 \$
89	Le Centre d'entraide La Destinée	191 967 \$			191 967 \$	201 038 \$			201 038 \$
90	Le Centre Mechtilde	732 860 \$			732 860 \$	740 967 \$			740 967 \$
91	Le Gîte Ami	621 637 \$	111 171 \$		732 808 \$	731 583 \$	111 171 \$		842 754 \$
92	Le Grenier des Collines	63 489 \$	1 213 \$		64 702 \$	68 405 \$		20 000 \$	88 405 \$

		2017-2018				2018-2019			
	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL
93	Le Jardin éducatif du Pontiac	69 075 \$			69 075 \$	90 479 \$	11 735 \$	477 \$	102 691 \$
94	Le Mashado	171 334 \$	269 \$		171 603 \$	174 344 \$			174 344 \$
95	Le Mont d'Or	90 470 \$			90 470 \$	97 918 \$			97 918 \$
96	L'Entourelle	666 834 \$			666 834 \$	677 503 \$			677 503 \$
97	L'entraide de la Vallée	92 494 \$	1 213 \$		93 707 \$	93 974 \$			93 974 \$
98	L'Envol S. R. T. Service de retour au travail	76 603 \$	175 000 \$		251 603 \$	77 829 \$	25 000 \$		102 829 \$
99	L'Équipe des bénévoles de la Haute-Gatineau	124 501 \$			124 501 \$	126 493 \$			126 493 \$
100	Les ami(e)s du manoir St-Joseph	48 811 \$	36 000 \$		84 811 \$	49 592 \$	36 000 \$		85 592 \$
101	Les enfants de l'espoir		2 400 \$	7 625 \$	10 025 \$		2 400 \$	8 000 \$	10 400 \$
102	Les Grands-Frères et Grandes-Sœurs de l'Outaouais inc.	46 364 \$			46 364 \$	47 106 \$		32 300 \$	79 406 \$
103	Les Habitations Nouveau Départ	268 868 \$	40 000 \$		308 868 \$	279 170 \$	40 000 \$		319 170 \$
104	Les Habitations partagées de l'Outaouais inc.	134 947 \$			134 947 \$	143 106 \$			143 106 \$
105	Les Maisons des jeunes du Pontiac	238 956 \$			238 956 \$	242 000 \$	20 000 \$		262 000 \$
106	Les Oeuvres Isidore Ostiguy	69 458 \$	5 569 \$		75 027 \$	76 936 \$			76 936 \$
107	L'Impact - Rivière Gatineau	189 227 \$	6 000 \$		195 227 \$	192 255 \$		50 000 \$	242 255 \$
108	Logement intégré de Hull inc.	884 687 \$			884 687 \$	884 687 \$			884 687 \$
109	M-Ado jeunes	163 747 \$			163 747 \$	172 367 \$			172 367 \$
110	Maison amitié de la Haute-Gatineau	361 538 \$	73 571 \$		435 109 \$	373 323 \$	73 571 \$		446 894 \$
111	Maison communautaire Daniel-Johnson	76 795 \$	1 037 \$	7 375 \$	85 207 \$	78 024 \$	1 450 \$	12 000 \$	91 474 \$
112	Maison d'accueil Mutchmore	46 000 \$	16 200 \$		62 200 \$	46 736 \$			46 736 \$
113	Maison de jeunes Val-Jeunesse	73 697 \$			73 697 \$	74 876 \$			74 876 \$
114	Maison de la famille de Gatineau								
115	Maison de la famille de Quyon		21 500 \$		21 500 \$		1 800 \$	15 000 \$	16 800 \$
116	Maison de la famille du Pontiac		1 500 \$		1 500 \$		1 800 \$		1 800 \$
117	Maison de la famille l'Étincelle		1 500 \$	28 330 \$	29 830 \$		1 800 \$	48 330 \$	50 130 \$
118	Maison de la famille Petite-Nation								
119	Maison de la famille Vallée-de-la-Gatineau		13 758 \$	20 000 \$	33 758 \$		17 500 \$	20 000 \$	37 500 \$
120	Maison de la famille Vallée-de-la-Lièvre		6 200 \$		6 200 \$		1 800 \$		1 800 \$
121	Maison de l'Amitié de Hull	62 449 \$	625 \$		63 074 \$	63 448 \$			63 448 \$
122	Maison de Quartier Notre-Dame	46 000 \$		10 000 \$	56 000 \$	52 736 \$			52 736 \$
123	Maison d'Hébergement Pour Elles Des Deux Vallées	666 834 \$		4 904 \$	671 738 \$	677 503 \$			677 503 \$
124	Maison le Ricochet	558 649 \$	253 956 \$		812 605 \$	567 587 \$	414 631 \$		982 218 \$
125	Maison Libère-Elles	666 845 \$	6 000 \$		672 845 \$	677 515 \$			677 515 \$
126	Maison Mathieu Froment-Savoie (1997) inc.	713 115 \$	169 282 \$		882 397 \$	724 525 \$		197 024 \$	921 549 \$
127	Maison-Réalité inc.	773 831 \$	90 845 \$		864 676 \$	792 212 \$	67 845 \$		860 057 \$
128	Mani-Jeunes inc.	136 579 \$	314 \$		136 893 \$	139 079 \$			139 079 \$
129	Manne de l'Île	126 071 \$			126 071 \$	128 088 \$			128 088 \$
130	Moisson Outaouais	107 141 \$			107 141 \$	108 855 \$			108 855 \$
131	Mon Chez-Nous inc.	143 484 \$			143 484 \$	152 147 \$			152 147 \$
132	Naissance-Renaissance Outaouais	123 469 \$	23 750 \$		147 219 \$	145 445 \$	8 750 \$	45 000 \$	199 195 \$

		2017-2018				2018-2019			
	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL	MISSION GLOBALE	ENTENTES SPÉCIFIQUES	PROJETS PONCTUELS	TOTAL
133	Patro de Fort-Coulonge - Mansfield		42 876 \$		42 876 \$		19 999 \$		19 999 \$
134	Prévention C.É.S.A.R. Petite-Nation	311 160 \$	6 279 \$		317 439 \$	316 418 \$			316 418 \$
135	Regroupement des clubs d'âge d'or de la Vallée-de-la-Gatineau	135 789 \$			135 789 \$	137 962 \$			137 962 \$
136	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO)	23 950 \$			23 950 \$	24 333 \$			24 333 \$
137	Réseau Outaouais ISP								
138	Résidence Le Monarque		415 786 \$		415 786 \$			459 043 \$	459 043 \$
139	S.O.S. Contact Al-To inc.	65 949 \$	455 \$		66 404 \$	73 459 \$			73 459 \$
140	SAGA Jeunesse	110 778 \$			110 778 \$	112 550 \$			112 550 \$
141	Salon des jeunes de Thurso	60 896 \$	1 000 \$	1 579 \$	63 475 \$	64 318 \$			64 318 \$
142	Service régional d'interprétation visuelle de l'Outaouais	88 090 \$	116 091 \$		204 181 \$	44 046 \$	56 932 \$		100 978 \$
143	Société Alzheimer Outaouais	540 042 \$	31 934 \$	121 863 \$	693 839 \$	548 683 \$	26 500 \$	108 963 \$	684 146 \$
144	Société canadienne de la sclérose en plaques, section Outaouais	28 928 \$	26 150 \$		55 078 \$	29 391 \$	34 850 \$		64 241 \$
145	Soupe populaire de Hull inc.	213 883 \$	56 093 \$		269 976 \$	317 305 \$	123 342 \$		440 647 \$
146	Suicide Détour	120 491 \$			120 491 \$	128 786 \$			128 786 \$
147	Table autonome des aînés des Collines	23 000 \$	29 500 \$		52 500 \$	46 936 \$	15 500 \$		62 436 \$
148	Table de concertation des aînés et retraités de l'Outaouais (TCARO)								
149	Table de concertation sur la faim et le développement social de l'Outaouais		35 000 \$	135 000 \$	170 000 \$		18 000 \$	88 000 \$	106 000 \$
150	Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais	116 050 \$			116 050 \$	123 907 \$			123 907 \$
151	Tel-Aide Outaouais	129 530 \$			129 530 \$	137 602 \$			137 602 \$
152	Trait d'Union Outaouais inc.	601 931 \$	303 735 \$		905 666 \$	611 562 \$	461 506 \$		1 073 068 \$
153	Transport de l'âge d'or de Campbell's Bay inc.	20 770 \$			20 770 \$	21 102 \$			21 102 \$
154	Voix et Solidarité des Aidants Naturels de la Vallée de la Gatineau	22 385 \$	13 000 \$		35 385 \$	22 743 \$	13 000 \$		35 743 \$

26 910 311 \$ 6 961 202 \$ 801 293 \$ **34 672 806 \$** 28 193 635 \$ 6 013 213 \$ 1 886 897 \$ **36 093 745 \$**

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

Québec 

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

Émis par : Conseil d'administration

Adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016

En vigueur le 28 janvier 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	117
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	118
1. Objectifs généraux	118
2. Fondement légal.....	118
3. Définitions.....	118
4. Champ d'application	120
5. Disposition finale	120
6. Diffusion.....	120
7. Principes d'éthique.....	121
8. Règles de déontologie.....	121
Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS	124
Section 4 – APPLICATION	126
16 Adhésion au Code d'éthique et de déontologie.....	126
17 Comité de gouvernance et d'éthique	126
18 Comité d'examen <i>ad hoc</i>	127
19 Processus disciplinaire.....	127
20 Notion d'indépendance.....	128
21 Obligations en fin du mandat.....	129
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	132
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	133
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	134
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts	135
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	136
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	137

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

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

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

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

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration repose notamment sur les dispositions suivantes :

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les 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

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.

inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

15 La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou , sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 – APPLICATION

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

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

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

17 Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi, il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

18 Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19 Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20 Notion d'indépendance

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

21 Obligations en fin du mandat

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

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

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

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le CISSS de l'Outaouais

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais due aux faits suivants :

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées]* :

2. Titre d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre de membre du conseil d'administration d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du CISSS de l'Outaouais.

☐ J'agis à titre de membre du conseil d'administration d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du CISSS de l'Outaouais *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]*:

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais.

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre de membre du conseil d'administration d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du CISSS de l'Outaouais.

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais.

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu