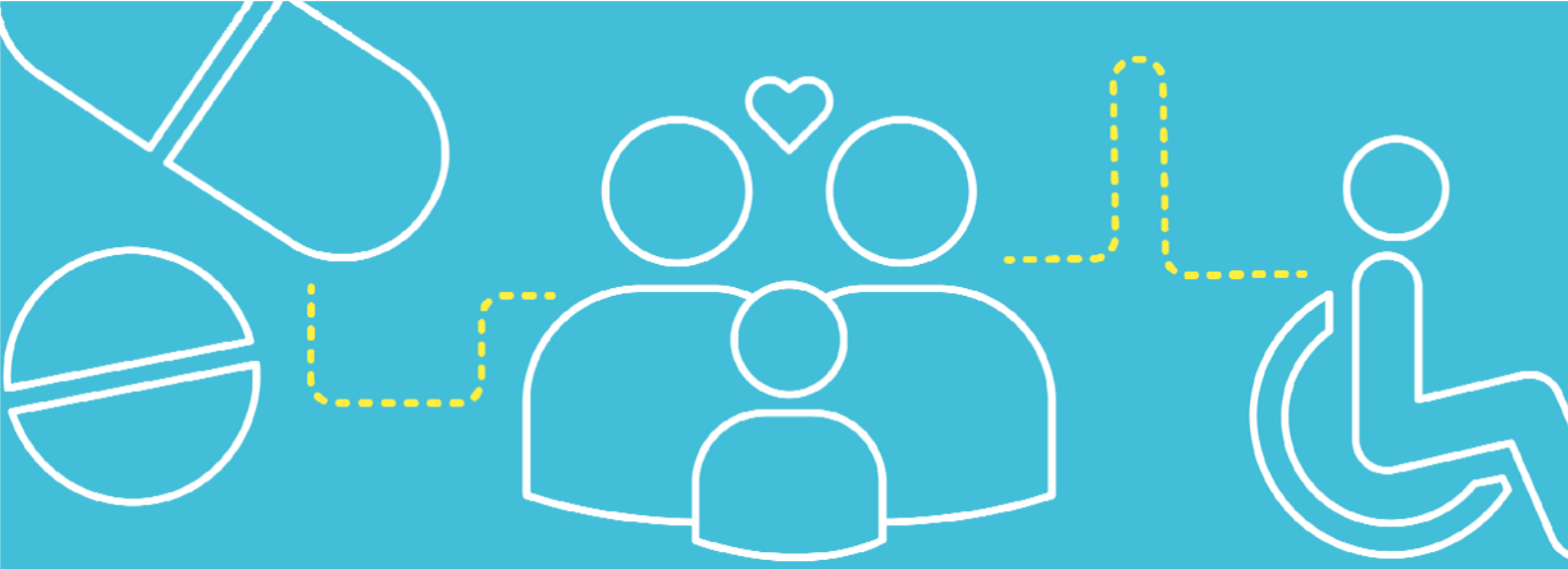
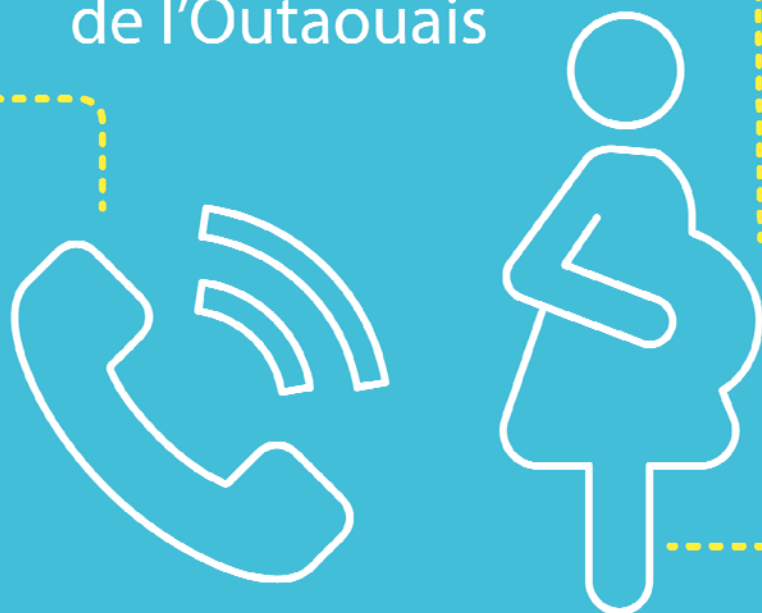




RAPPORT ANNUEL DE GESTION

19 20

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



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

Sylvie Cardinal, 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.

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS



Josée Filion
Présidente-directrice générale

La fin de l'année 2019-2020 a été marquée par le début d'une crise sanitaire inédite, qui, depuis, occupe une portion majeure de nos énergies, provoquant des transformations importantes dans l'organisation des services de santé et des services sociaux. Bien que la COVID-19 fasse maintenant partie de notre quotidien, le présent rapport annuel ne fera qu'effleurer la situation. Au 31 mars 2020, date officielle de la fin de l'année financière 2019-2020, l'état d'urgence sanitaire n'avait été décrété par le gouvernement du Québec que depuis un peu plus de deux semaines, et l'Outaouais comptait 50 cas confirmés. Ce rapport annuel mettra plutôt l'accent sur les réalisations et défis qui ont marqué les 50 autres semaines de la période désignée.

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais a poursuivi en 2019-2020 les travaux amorcés l'année précédente, qui visaient à mieux comprendre les besoins de la population afin d'adapter davantage ses soins et services de proximité. En ce sens, cette année a été placée sous le thème de l'écoute, une écoute attentive qui a mené à l'action.

L'une des premières étapes consistait à réviser l'organigramme de l'établissement pour le rendre plus efficace à répondre aux besoins d'aujourd'hui. Notons par exemple la transformation d'une direction, devenue Direction des services multidisciplinaires et « à la communauté », ainsi que l'ajout du volet « performance clinique » à la direction des services professionnels.

Puis, avec la présence et le soutien de l'accompagnatrice, Mme Martine Couture, le CISSS de l'Outaouais a rapidement mis en place plusieurs actions concrètes pour améliorer la communication avec toutes les communautés de l'Outaouais, et mieux adapter les services de proximité aux populations concernées. Parmi celles-ci, les plus significatives sont :

- Établir un processus de communication régulier et efficace avec les représentants élus des cinq territoires de l'Outaouais;
- Assurer la participation du CISSS de l'Outaouais aux Tables de développement social du territoire, qui ont de profonds ancrages dans leurs communautés et assument un rôle de coordination reconnu et efficace;
- Repositionner les réseaux locaux de service (RLS);
- Améliorer la présence des gestionnaires dans tous les territoires, en assurant une présence décisionnelle sur place :
 - o Embauche de (4) quatre adjoints à la Direction des services multidisciplinaires et à la communauté pour les territoires des Collines-de-l'Outaouais, de la Vallée-de-la-Lièvre et Petite-Nation, du Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau;
 - o Embauche de trois coordonnateurs d'hôpitaux périphériques.



Michel Roy
Président du Conseil d'administration

- Réviser l'offre de services de proximité et communiquer à la population un portrait clair des services offerts dans chacun des CLSC de l'Outaouais via la campagne « Près de chez nous »;
- Assurer la présence des cadres supérieurs et des membres du conseil d'administration dans les territoires périphériques, en y tenant des rencontres du comité de direction et des séances du conseil d'administration.

La mise en place de ce plan d'action s'est faite rapidement et a témoigné de la capacité de toutes les équipes du CISSS de l'Outaouais de converger vers un même but : l'amélioration de la qualité des soins et services. À la fin de son mandat, l'accompagnatrice témoignait de sa grande satisfaction en soulignant que l'établissement avait développé une nouvelle vision. Bien que la crise sanitaire de la COVID-19 ait mis sur pause certaines des actions, en raison des mesures de distanciation sociale, cette vision qui anime le CISSS de l'Outaouais demeure, ce qui permettra d'assurer la pérennité de la démarche.

Toujours dans le cadre des relations avec la communauté, le CISSS de l'Outaouais a fait un travail de fond important avec les fondations du territoire, afin de faciliter les processus entourant le travail de ces partenaires de premier plan. L'écoute des besoins spécifiques des fondations a permis une grande amélioration des communications et le déploiement de plusieurs projets d'investissement dont tous bénéficient.

Les organismes communautaires de l'Outaouais occupent également un rôle de premier plan et la bonification du financement du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) distribué à l'automne 2019, permettra de combler une partie des grands besoins additionnels rencontrés.

Afin de faire face à certains défis spécifiques touchant la qualité des soins et des services, le CISSS de l'Outaouais a fait appel à deux experts-conseils pour établir des diagnostics et mettre en place des améliorations :

- Dr Jean Mireault qui s'est concentré sur la gouvernance médicale et la gestion clinique;
- Mme Marie-Suzanne Lavallée dont l'expertise a permis de revoir le processus qualité, le processus de gestion des risques et de réviser la structure et l'offre de services de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique.

Il importe aussi de mentionner que les services à la jeunesse ont fait l'objet d'une attention particulière au niveau provincial, notamment avec les travaux de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. Il s'agissait d'une occasion importante pour le CISSS de l'Outaouais d'évaluer ses propres services et d'explorer les pistes possibles d'amélioration.

Notons également que le CISSS de l'Outaouais a atteint l'équilibre financier pour la période donnée, terminant son exercice avec un surplus total de 5 318 468 \$.

Plusieurs défis sont apparus pendant cette année. La pénurie de main-d'œuvre s'est fait sentir dans presque tous les secteurs; même le poste de présidente-directrice générale adjointe n'a pas pu être comblé avant le 10 février 2020.

L'un des secteurs ayant le plus souffert de cette pénurie, c'est le service d'obstétrique de l'Hôpital du Pontiac. Dès l'été 2019, des efforts majeurs ont dû être investis pour conserver le service ouvert, malgré plusieurs fermetures temporaires. Les efforts de recrutement ont été multipliés, et certaines solutions inédites ont été proposées, comme l'appui exemplaire des sages-femmes du CISSS de l'Outaouais qui sont venues prêter main-forte pendant plusieurs semaines. Malheureusement, le 21 février 2020, le CISSS de l'Outaouais devait annoncer une pause de

six mois du service, afin de permettre de rebâtir l'équipe obstétricale. Malgré la COVID-19, les efforts se poursuivent avec l'appui de la communauté du Pontiac et de ses représentants politiques. Le CISSS de l'Outaouais est à travailler un modèle hybride qui serait constitué de médecins, de sages-femmes et d'infirmières.

Parmi les autres difficultés rencontrées en lien avec la rareté de la main-d'œuvre, soulignons la fragilité des services péri-opératoires dans certains de nos territoires qui a nécessité des efforts de tous les instants.

À l'interne, le CISSS de l'Outaouais s'est activé dans le déploiement de son programme de gestion de la santé organisationnelle. Également, la fréquence des échanges avec les représentants syndicaux a été augmentée afin de communiquer plus et mieux avec ces partenaires importants. La crise de la COVID-19 met d'ailleurs en lumière l'importance de dialoguer dans le respect pour trouver des solutions permettant de desservir la population dans le respect des droits des travailleuses et des travailleurs de la santé et des services sociaux.

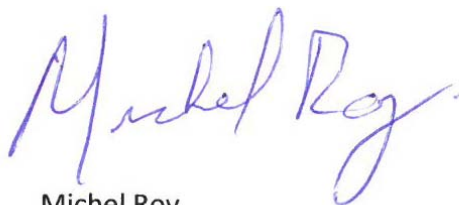
La haute direction et le conseil d'administration s'unissent pour exprimer leur plus profonde reconnaissance envers tous « nos héros du CISSSO » qui évoluent dans le réseau. Les employés et gestionnaires des services cliniques, des services sociaux, des services de soutien, les médecins, dentistes et pharmaciens, sages-femmes, stagiaires et bénévoles se dévouent à tous les instants et à longueur d'année pour que les meilleurs soins et services possibles soient dispensés à notre population. Nous ne pouvons trop les remercier.

Un grand merci aussi à nos partenaires, les organismes, conseils, associations et regroupements du réseau, mais également à tous ces gens et organisations de chacun des territoires de l'Outaouais qui ont adopté avec enthousiasme notre nouvelle vision entourant les services de proximité et qui participent activement à relever les défis, avec nous!

La collaboration de tous en Outaouais constitue notre plus grande force.

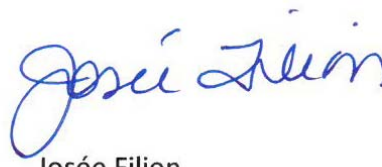
Bonne lecture!

Le président du conseil d'administration

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Michel Roy'.

Michel Roy

La présidente-directrice générale

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Josée Fillion'.

Josée Fillion

TABLE DES MATIÈRES

LA LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	6
1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS	2
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	8
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	
3.1 L'établissement	9
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	12
3.3 Les faits saillants	14
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	
4.1 Chapitre III – Attentes spécifiques	22
4.2 Chapitre IV – Engagements annuels	28
4.3 Autres résultats	41
5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	
5.1 L'agrément	42
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services	43
5.3 Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission	65
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits	65
5.5 L'information et la consultation de la population	66
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	67
7. LES RESSOURCES HUMAINES	69
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES	
8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	71
8.2 L'équilibre budgétaire	72
8.3 Les contrats de services	72
9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	73
10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES	87
11. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	87
ANNEXE – Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	95

LA LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée	ICI	Intervention comportementale intensive
AMM	Aide médicale à mourir	IMAGES	Interventions pour mieux agir en exclusion sociale
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux	IPI	Intervention précoce intensive
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche	IVP	Indice de vétusté physique
APTS	Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux	JHA	Jeux de hasard et d'argent
ASI	Assistant au supérieur immédiat	LDAP	« Lightweight Directory Access Protocol »
BCM	Bilan comparatif des médicaments	LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
BMR	Bactérie multi-résistante	LSJPA	Loi sur le système de justice pénal pour les adolescents
C.A.	Conseil d'administration	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
CAR	Concertation d'acteurs régionaux	MOI	Main d'œuvre indépendante
CCEC	Comité de coordination d'éthique clinique	MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
CEMCO	Centre d'expertise en maladies chroniques de l'Outaouais	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CER	Comité d'éthique de la recherche	NSA	Niveau de soins alternatifs
CGRI	Comité de gestion des risques stratégique	OCCI	Outil de cheminement clinique informatisé
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
CII	Conseil des infirmières et infirmiers	ORL	Oto-rhino-laryngologie
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	PAB	Préposé aux bénéficiaires
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	PACQ	Plan d'amélioration continue de la qualité
CLSC	Centres locaux de services communautaires	PAPFC	Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire
CM	Conseil multidisciplinaire	PCA	Plan de continuité des activités
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	RRSS	Répertoire des ressources en santé et en services sociaux
CPA	Comptable professionnel agréé	RSIPA	Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées
CPSS	Coût par parcours de soins et services	RSQ	Recrutement santé Québec
CR	Centre de réadaptation	RTF	Ressource de type familial
CRD	Centre de réadaptation en dépendance	RVSQ	Rendez-vous Santé Québec
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	SAD	Soins à domicile
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique	SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
CRDS	Centre de répartition des demandes de services	SHSGS	Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation	SIM	Soutien intensif dans le milieu
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques	SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
CSF	Conseil des sages-femmes	SIV	Soutien d'intensité variable
CSN	Confédération des syndicats nationaux	SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
CSPI	Comité stratégique en prévention des infections	SNC	Système nerveux central
CUCI	Comité des usagers du Centre intégré	SPA	Substances psychoactives

CVQ	Comité de vigilance et de la qualité	SPC	Sédation palliative continue
DDR	Direction déficience et réadaptation	TEP	Tomographie par émission de positrons
DI	Déficience intellectuelle	TÉVA	Transition de l'école vers la vie active
DJ	Direction des programmes jeunesse	TROCAO	Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais
DMA	Directives médicales anticipées	TSA	Trouble du spectre de l'autisme
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse	URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
DQEPE	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	URTF	Unité de réadaptation transitoire fonctionnelle
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	VIH	Virus de l'immunodéficiência humaine
DRMG	Département régional de médecine générale	PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
DSAPA	Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées	PCI	Prévention et contrôle des infections
DSI	Direction des soins infirmiers	PDG	Président-directeur général
DSMC	Direction des services multidisciplinaires et à la communauté	PGPS	Politique gouvernementale de prévention en santé
DSMD	Direction des programmes santé mentale et dépendance	PIIQ	Programme d'immunisation contre l'influenza au Québec
DSP	Direction des services professionnels	PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
DSPPC	Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	PNSC	Plan national de sécurité civile
EG	Entente de gestion	PNSP	Programme national de santé publique
ENA	Environnement numérique d'apprentissage	PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
ERV	Entérocoque résistant à la Vancomycine	PREM	Plans régionaux d'effectifs médicaux
ETC	Équivalent temps complet	PRO	Procédure
FADM	Feuille d'administration des médicaments	PS	Plan stratégique
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec	PSL	Programme de supplément au loyer
GISO	Gestion intégrée en santé organisationnelle	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
GMF	Groupe de médecine familiale	PTI	Plan thérapeutique infirmier
GMF-U	Groupe de médecine familiale universitaire	RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
GRF	Gestion des ressources financières	RDM	Résorption du déficit de maintien
GRH	Gestion des ressources humaines	RI	Ressource intermédiaire
GRM	Gestion des ressources matérielles	RLRQ	Recueil des Lois et des Règlements du Québec
GRSC	Gestion des risques en sécurité civile	RLS	Réseaux locaux de service
HDM	Hygiène des mains	RNI	Ressource non institutionnelle
IAMEST	Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST	RPA	Résidence pour personnes âgées

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

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

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

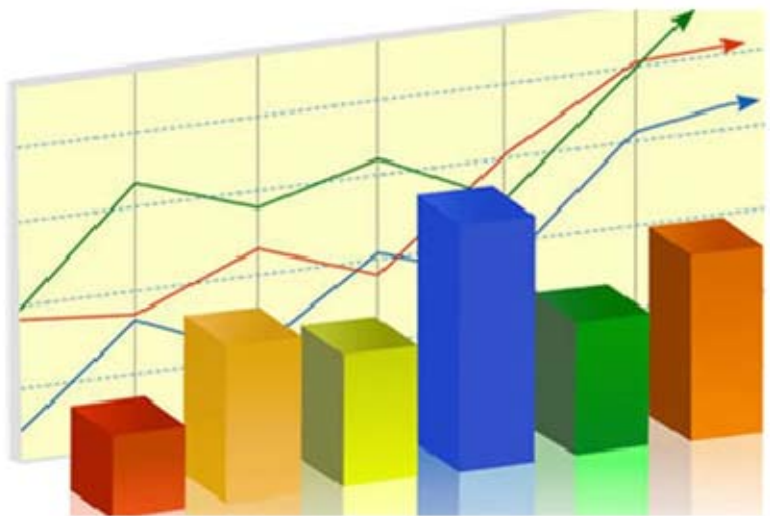
Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2019-2020 du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2020.

La présidente-directrice générale,


Josée Filion



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

3.1 L'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais offre des services de santé et des services sociaux variés à la population de l'Outaouais, qui comptait 390 830 habitants en 2018*.

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.

Professionnalisme

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

*Données 2018 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.



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

3.2.1 Le conseil d'administration (au 31 mars 2020)

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
- Mme Claire Major – Comité des usagers

Membres nommés

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

Membres indépendants

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

Membre observateur

- M. Lucien Bradet - Fondation de santé des Collines

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

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

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais se trouve à l'annexe du rapport annuel de gestion et peut être consulté sur le site Web de l'établissement à l'adresse suivante : https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2020/06/C-001_Code-déthique-et-déontologie-des-membres-du-CA.pdf

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

Les comités du conseil d'administration

- Le conseil d'administration reçoit le soutien des comités suivants :
- Comité de gouvernance et d'éthique
- Comité de révision
- Comité de vérification
- Comité de vigilance et de la qualité
- Comité des ressources humaines

Les conseils professionnels

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

Les autres comités et instances consultatives

- Comité directeur du Département régional de médecine générale (DRMG)
- Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- Comité de gestion des risques stratégique (CGRi)
- Comité stratégique en prévention des infections (CSPI)
- Comité d'éthique de la recherche (CER)
- Comité de coordination d'éthique clinique (CCEC)
- Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

3.3 Les faits saillants

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

Enjeux 2019-2020

Les principaux enjeux rencontrés par le CISSS de l'Outaouais dans la dernière année peuvent se regrouper en quatre thèmes :

- Accès : délais d'attente aux urgences, listes d'attente en chirurgie, durée moyenne de séjour aux unités hospitalières, accès aux services en langue anglaise.
- Main-d'œuvre : rareté de la main-d'œuvre dans presque tous les métiers et professions, le recrutement, les coûts en assurance-salaire et le temps supplémentaire sont étroitement reliés.
- Enjeux populationnel et structurel: vieillissement de la population, itinérance, crise du logement aigüe en Outaouais.
- Retard technologique dans les technologies de l'information de même que dans certains autres secteurs.

Priorités organisationnelles

Pour 2019-2020, les grandes priorités organisationnelles étaient :

➤ **Amélioration continue (excellence)**

L'amélioration continue de la qualité s'inscrit dans une culture organisationnelle qui met au premier plan la culture de la mesure, tel que défini par le programme d'Agrément Canada, dont la dernière visite date de juin 2019.

➤ **Ressources humaines et santé organisationnelle**

- Développer un programme d'accueil et d'intégration pour les nouveaux employés.
- Développer des programmes de formation adaptés avec les maisons d'enseignement, tout en maintenant le lien d'emploi et la rémunération des employés-étudiants.
- Diffuser des bonnes nouvelles (bons coups) par différents médiums (site web, réseaux sociaux, médias, etc.).
- Créer des communautés de pratique interne et externe, clinique et administrative afin de favoriser les meilleures pratiques.

➤ **Financière – atteinte de l'équilibre budgétaire**

Poursuivre les travaux d'amélioration continue de la performance financière.

- **Mise en en place des recommandations de l'accompagnatrice, Mme Martine Couture (juin 2019)**
 - Établir des liens de communication efficaces et soutenus avec les autorités régionales et les partenaires locaux.
 - Mettre en place le modèle intégré de liaison avec les communautés locales.
 - Assurer une représentation des milieux au sein du conseil d'administration du CISSSO.
 - Élaborer un plan de consolidation et de développement des services de proximité.
 - Élaborer le plan clinique en santé et services sociaux, pour la région de l'Outaouais.
- **Mission universitaire**
 - Ouvrir le Campus délocalisé de la Faculté de médecine de l'Université McGill, à l'Hôpital de Gatineau à l'été 2020 pour ainsi accueillir 24 résidents par année.
 - Demander l'ajout du statut universitaire (CIUSSS) à la mission de l'établissement.

Pour 2020-2021, les grandes priorités organisationnelles s'inscrivent dans la continuité, et reprennent les éléments de l'année précédente auxquelles s'ajouteront les deux éléments suivants :

- **Obstétrique dans le territoire du Pontiac**
Élaborer des solutions à long terme en collaboration avec les partenaires, dont la communauté du territoire du Pontiac, afin de redémarrer le service d'obstétrique à l'Hôpital de Shawville.
- **Adapter l'offre de soins et services la pandémie de la COVID-19 dans le respect des directives nationales**

Faits saillants organisationnels

Au chapitre des faits saillants, l'année 2019 -2020 a été marquée par quelques chantiers principaux, en plus d'une multitude d'actions et de projets plus ciblés.

D'abord, le CISSS de l'Outaouais a redéfini ses services de proximité gravitant autour des besoins réels de la population de l'Outaouais, à la fois dans le territoire urbain et dans les zones périphériques. Cette prise de conscience, entamée l'année dernière, a été menée avec le soutien de l'accompagnatrice, Mme Martine Couture. Les changements qui s'imposaient ont donc été initiés dans une refonte de l'organigramme du CISSS de l'Outaouais dont voici les faits saillants :

- La direction des services multidisciplinaire s'est vue ajouter le volet « à la communauté »;
- Le volet « performance clinique » a été ajouté à la direction des services professionnels;
- La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) a reçu le service des archives et a été mandatée pour développer un modèle d'intelligence d'affaires;
- La Direction déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme DI-DP-TSA est devenue la Direction déficience et réadaptation (DDR).

Le CISSS de l'Outaouais a par la suite mis en place plusieurs actions concrètes pour améliorer la communication avec toutes les communautés de l'Outaouais, et mieux adapter les services de proximité aux populations concernées. Par exemple :

- La création de quatre postes d'adjoints à la direction des services multidisciplinaires et à la communauté pour les territoires des Collines-de-l'Outaouais, de la Vallée-de-la-Lièvre et Petite-Nation, du Pontiac, ainsi que de trois coordonnateurs des hôpitaux périphériques;
- La révision des services de proximité en CLSC menant à la campagne d'information « Près de chez nous » qui visait à présenter à la population un portrait clair des services offerts dans chacun des CLSC de l'Outaouais.

Ensuite, la production d'un plan clinique en santé et services sociaux pour la région de l'Outaouais a été réalisée suite à une demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et en fonction des besoins de la population, des besoins d'ajout de services, et ce, à partir de données et informations les plus récentes disponibles en ce domaine. Pendant plusieurs mois, des travaux importants de consultation et de planification ont mené au dépôt le 28 juin 2019 au MSSS d'un document porteur pour toute la région, qui met en lumière les travaux nécessaires dans les prochaines années, incluant la construction d'un nouvel hôpital universitaire dans le secteur urbain, afin de mieux desservir la population.

Parmi les grands chantiers, notons les travaux, toujours en cours, qui mèneront à l'ouverture du Campus délocalisé de la Faculté de médecine de l'Université McGill à l'Hôpital de Gatineau à l'été 2020 et à la reconnaissance éventuelle du statut universitaire (CIUSSS).

Enfin, le CISSS de l'Outaouais s'est préparé à participer à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse dont le mandat est d'entreprendre une réflexion qui porte non seulement sur les services de protection de la jeunesse, mais également sur la loi qui l'encadre, sur le rôle des tribunaux, des services sociaux et des autres acteurs concernés.

Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux

Grande fierté pour l'organisation : trois projets ont été primés le 31 mai 2019 aux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux :

- Services intégrés aux Premières Nations – Mention d'honneur.
- Initiative interdirection pour l'amélioration de la prise en charge des grands utilisateurs des services d'urgence et de soins de courte durée – Prix d'excellence.
- Liaison usager – hôpital – unité de réadaptation fonctionnelle intensive – soutien à domicile, un partenariat réussi pour un retour dans la communauté – Prix d'excellence.

Pour l'année 2019-2020, un autre projet du CISSS de l'Outaouais a été déposé aux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux, soit la clinique dentaire communautaire pour personnes itinérantes.

Modification aux services offerts

Les faits saillants de la dernière année comprennent également un certain nombre de modifications significatives apportées dans les services offerts, les ressources humaines, matérielles ou financières :

- Ajout de près de 200 postes à la structure incluant notamment :
 - o 55 postes en soutien à domicile (clientèle personnes âgées et clientèle déficience et réadaptation);
 - o 35 postes en CHSLD;
 - o Près de 50 postes auprès de la clientèle jeunesse (autant dans les services auprès des jeunes qu'auprès de la protection de la jeunesse);
 - o 22 postes en santé mentale et dépendance répartis dans des programmes variés tels que l'accès à un premier service ou l'aide à l'itinérance.
- Consolidation de l'offre de services d'hébergement de santé mentale :
 - o Création de 22 nouvelles places d'hébergement dans la communauté en ressource intermédiaire;
 - o Création d'une nouvelle résidence de groupe de 6 places pour des services psycholégaux offrant un lieu de réinsertion pour les personnes ayant un statut légal;
 - o Création de 9 places dans une deuxième résidence pour les troubles graves du comportement;
 - o Soutien financier au développement de 9 places de logement autonome associées au Programme de supplément au loyer (PSL), en collaboration avec un organisme communautaire du territoire urbain.
- Rehaussement récurrente de près de 1,7 M\$ au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), s'ajoutant au montant de près de 33 M\$ déjà alloué aux organismes communautaires de l'Outaouais.
- Investissement de 2,4 M \$ additionnels en services de soutien, de répit et de dépannage pour les proches aidants (DSAPA) et de 347 700 \$ en soutien aux familles aux prises avec un proche vivant avec une déficience (DDR).
- Mise à niveau du secteur endoscopie de l'Hôpital du Pontiac.
- Révision/implantation de la nouvelle offre alimentaire pour les hôpitaux de Gatineau, Hull et Papineau, CHSLD Vallée-de-la-Lièvre, CHSLD Petite-Nation et CHSLD la Pietà.

Réalisations liées à la planification stratégique

Selon le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2019-2023, quatorze (14) objectifs ont été identifiés par le MSSS à partir de quatre (4) orientations :

1. Améliorer l'accès aux professionnels et aux services (objectifs 1.1 à 1.8);
2. Favoriser la prévention et les saines habitudes de vie (objectifs 2.1 et 2.2);
3. Prendre soin du personnel du réseau (objectif 3.1);
4. Moderniser le réseau et ses approches (objectifs 4.1 à 4.3).

Voici un résumé de quelques mesures mises en place par le CISSS de l'Outaouais, en 2019-2020, afin d'atteindre ces objectifs. Cette liste n'est pas exhaustive et les éléments doivent être interprétés comme des exemples d'actions concrètes.

ORIENTATION 1

Améliorer l'accès aux professionnels et aux services

1.1 Diminuer le temps d'attente à l'urgence

- Réorientation des cas les moins urgents (P4 et P5) se présentant à l'urgence vers les GMF et dotation de tous les postes en GMF;
- Déploiement de la plate-forme Rendez-vous santé Québec (RSVQ) dans les urgences;
- Revue de la composition des équipes de travail des soins infirmiers en intégrant des indicateurs de qualité;
- Projet d'excellence clinique qui vise l'accessibilité accrue aux lits sur les unités de soins;
- Interventions en amont de l'urgence :
 - o Service de dépistages dans les trois CLSC de la Vallée-de-la-Gatineau ainsi qu'à la clinique de Centre amitié autochtone de Maniwaki;
 - o Ouverture du CLSC de Val-des-Bois avec la présence d'une infirmière clinicienne à temps complet qui voit la clientèle de 0-100 ans;
 - o Ajout d'une kinésiologue au Centre d'expertise en maladies chroniques de l'Outaouais (CEMCO) pour renforcer le programme de réadaptation cardiaque.

1.2 Améliorer l'accès aux services en santé mentale

Pour les personnes présentant des troubles mentaux graves

- Développement d'une entente de services avec un organisme communautaire, permettant d'intensifier des services aux proches d'utilisateurs ayant des troubles de santé mentale, notamment pour mieux desservir les territoires périphériques qui sont plus éloignés des services régionaux;
- Rehaussement de la programmation clinique de l'hôpital de jour de l'Hôpital Pierre-Janet, selon les meilleures pratiques en santé mentale.

1.3 Améliorer l'accès aux services en dépendance

Développements réalisés pour desservir les personnes aux prises avec des dépendances et itinérance dans le réseau:

- Trajectoire de services en dépendance pour l'accès aux services externes;
- Programmation pour les services de réadaptation avec hébergement en dépendance, incluant un mécanisme d'accès pour les usagers ayant bénéficié de services de désintoxication interne;
- Entente intersectorielle en itinérance visant l'amélioration des partenariats entre le secteur de la santé, l'emploi, le logement et les services correctionnels;
- Entente avec Moisson Outaouais pour des services de dépannage alimentaire dans le territoire de Papineau;
- Coordination des services aux résidents et aux organismes communautaires ayant subi des sinistres majeurs dans la région;
- Service IMAGES (Interventions pour mieux agir en exclusion sociale) d'évaluation et d'intervention favorisant l'intégration des personnes itinérantes dans la communauté.

1.4 Améliorer l'accès aux services spécialisés

- Analyse du dossier des services spécialisés en cours;
- Accès à la télé-réadaptation pulmonaire pour les secteurs Maniwaki et Papineau;
- Atelier Mieux vivre avec la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) dans le secteur urbain.

1.5 Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

- Ajout de 21 places en services résidentiels pour ces usagers, portant le total de places à 600;
- Contrat pour une ressource intermédiaire (RI) de 58 places octroyé à un promoteur en 2019. Le projet nécessitant une nouvelle construction a été retardé à 2021 en raison du contexte de la pandémie de la COVID-19.

1.6 Augmenter les services de soutien à domicile

- Intensification des services à domicile en suivi des quatre plans d'investissement;
- Création de *Swat team* permettant une meilleure orientation et prise en charge des usagers nécessitant un niveau de soins alternatifs;
- Ouverture du guichet-SAPA sur 7 jours dans l'objectif de répondre rapidement et efficacement aux demandes en soutien à domicile;
- Consolidation de meilleures pratiques visant l'usage approprié des antipsychotiques en CHSLD chez les résidents ayant des symptômes comportementaux et perturbateurs liés à la démence;
- Implantation d'une nouvelle offre de services liée aux soins bucco-dentaires chez les personnes âgées.

1.7 Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles

- Accès en physiothérapie aux bébés vivant avec la trisomie 21, dès la deuxième semaine de vie;
- Implantation du programme Agir tôt visant à améliorer le dépistage des retards de développement chez les enfants de moins de 5 ans en améliorant l'accès aux services et en intervenant plus rapidement;
- Accès plus rapide aux services de réadaptation spécialisée pour les enfants ayant une hypothèse de trouble du spectre de l'autisme (TSA), sans que le diagnostic soit confirmé;
- Ajout de 20 heures d'Interventions et accompagnement individuel (ICI) et Intervention précoce intensive (IPI) par semaine aux enfants ayant un TSA ou une déficience intellectuelle visant à déployer leur plein potentiel, à développer leur autonomie et accroître leur intégration sociale;
- Création d'une équipe de soutien pour appuyer les milieux scolaires dans l'application de la transition de l'école vers la vie active (TÉVA);
- Organisation du salon – Mon avenir m'appartient visant à réunir plus de 40 ressources pouvant s'adresser à eux.

ORIENTATION 2

Favoriser la prévention et les saines habitudes de vie

2.1 Augmenter la vaccination contre l'influenza chez les personnes ayant une maladie chronique

- Déploiement du programme d'immunisation contre l'influenza dans le respect des recommandations du MSSS.

2.2 Améliorer les habitudes de vie de la population

- Application de l'approche simplifiée dans la promotion de la saine alimentation;
- Environnement sans fumée - Mise à jour de la politique sur l'usage du tabac, en vertu de quoi il est défendu, depuis le 1^{er} juin 2019, de fumer ou de vapoter dans tous les bâtiments et sur l'ensemble des terrains.

ORIENTATION 3

Prendre soin du personnel du réseau

3.1 Améliorer la disponibilité du personnel

- Mise en place d'une table régionale sur l'adéquation formation-emploi du réseau de la santé et des services sociaux regroupant des représentants de Services Québec, des Centres locaux d'emploi, du ministère de l'Immigration, des universités, des cégeps et des centres de formations professionnelles. Cette table a permis de solidifier les liens, de mieux faire connaître la réalité des besoins de main-d'œuvre du CISSS de l'Outaouais et a permis l'élaboration d'un premier programme de formation de préposés aux bénéficiaires (PAB) en alternance étude/emploi.

- Activité « Onde de choc » - Sessions de travail avec l'ensemble des gestionnaires afin d'engager l'équipe dans un exercice de mobilisation du personnel qui ont permis d'identifier six grandes priorités :
 - Programme d'intégration et d'accueil;
 - Révision de l'organisation du travail et des structures de postes;
 - Amélioration de la diffusion et de la circulation des bonnes nouvelles;
 - Création d'une communauté de pratique interne et externe (meilleures pratiques et données probantes) tant clinique qu'administrative;
 - Partage structuré des activités de gestion intégrée de santé organisationnelle;
 - Mise en place d'ententes avec les maisons d'enseignement visant l'élaboration de programme de formation qui facilitent la participation tout en maintenant le lien d'emploi et la rémunération.

ORIENTATION 4

Moderniser le réseau et ses approches

4.1 Améliorer la satisfaction de la population à l'égard des soins et services

- Sondages de satisfaction de la clientèle effectués dans plusieurs secteurs;
- Révision de l'offre de services de proximité et campagne d'information à la population présentant un portrait clair des services offerts dans chacun des CLSC de l'Outaouais via la campagne « Près de chez nous »;
- Service d'un médecin-conseil dédié à l'application et aux respects des procédures de l'aide médicale à mourir.

4.2 Déployer des approches adaptées et intégrées aux besoins de la population

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux présentera en 2020 une politique visant principalement à consolider la reconnaissance des proches aidants, à promouvoir leur rôle ainsi qu'à leur fournir le soutien nécessaire.

4.3 Favoriser la mise en place de services numériques de santé au sein du réseau

- Dossier Santé Québec (DSQ)- Des travaux préparatoires sont en cours pour s'assurer d'utiliser le même outil d'inscription des patients dans tous les milieux hospitaliers, permettant aux médecins et professionnels de la santé l'accès aux résultats de laboratoires, à la pharmacologie, aux résultats d'imageries, et à une foule d'informations par le biais d'une clé informatique et ce, peu importe où la personne a consulté au Québec;
- Mise en place d'un nouveau logiciel (PPM) permettant de connaître le coût par parcours de soins et services, de comprendre les trajectoires et servant d'aide à la décision pour les professionnels en comparant nos pratiques aux meilleures pratiques au Québec. Nous pourrions ainsi améliorer les services offerts aux usagers en préconisant l'efficience.

4. 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			
1.1 Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec	Tout d'abord, les CISSS et CIUSSS pourront, participer à une rencontre d'information avec l'équipe du MSSS afin de bien comprendre le cadre de référence pour implanter le programme. Les établissements devront, ensuite, faire parvenir un plan de déploiement au MSSS. Le personnel de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) ainsi que les professionnels embauchés (hygiénistes, dentistes et denturologistes) devront suivre une formation en ligne. Selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure. Une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées : à la formation de l'équipe de soins, aux salaires des hygiénistes, aux déplacements de celles-ci, à l'achat d'équipement portatif, à l'achat de matériel de soins d'hygiène et aux honoraires des dentistes et denturologistes. D'autres indicateurs sont en développement et pourront être demandés en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.	Réalisé	
1.2 Assurer la participation des directions de santé publique aux travaux des CAR pour appuyer la concertation d'acteurs régionaux de divers secteurs d'activités autour de priorités et d'actions favorables à la santé	Que les PDG s'assurent que les DSPu et/ou des membres de leur équipe participent activement aux travaux des CAR, notamment comme membre des comités qui s'occupent des enjeux de développement social, ou même à titre de membre de la CAR s'ils en conviennent ainsi. Cette participation vise à ce que les DSPu mettent à profit leur expertise, qu'ils participent à la concertation intersectorielle et qu'ils veillent à la mobilisation des partenaires autour de priorités et d'actions en faveur de la santé de la population et de la qualité de vie. Les PDG s'assurent également que les DSPu effectuent les suivis nécessaires au sein du CISSS/CIUSSS au regard de ces travaux et que d'autres directions y contribuent selon les besoins. Cette attente fait écho à l'action 1 du Plan d'action 2018 2020 du MSSS pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires et au résultat attendu que 100% des DSPublique participent aux travaux des CAR et d'autres instances pertinentes. Il s'agit aussi d'une condition facilitante pour la mise en œuvre du PNSP et de la PGPS.	Non réalisé (50 %)	<i>Le MSSS a reporté au 7 août 2020 cette attente spécifique dans le contexte de la pandémie</i>

	Reporté ou annulé par le MSSS
--	-------------------------------

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
1.3 Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme	Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type d'activités, description des activités, objectifs visés, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte d'une des cibles du plan stratégique du ministère, soit la réduction de la proportion de fumeurs chez les 12 ans et plus. 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 des retombées observées.	Non réalisé (75 %)	<i>Le MSSS a reporté au 28 août 2020 cette attente spécifique dans le contexte de la pandémie</i>
PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS			
2.1 Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA	Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatif.	Non réalisé	<i>Compte tenu de l'exercice réalisé en mars dernier sur l'implantation des bonnes pratiques, cet envoi n'est plus requis</i>
2.2 Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	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 ainsi que sur les résultats du 2 ^e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.	Non réalisé (50 %)	<i>À la période 13, le deuxième état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène ainsi que sur les résultats du 2^e soin d'hygiène complet par semaine n'est plus exigé par MSSS. N.B. : À la période 6, le premier état de situation a été transmis au MSSS tel que demandé</i>
2.3 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	L'établissement doit compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation.	Non réalisé (80 %)	<i>La reddition de comptes attendue pour le 29 mai 2020 pour le suivi de l'implantation du Plan d'accès est reportée au 1er septembre 2020 par le MSSS dans le contexte de la pandémie</i>
2.4 Plan d'action TSA (2017-2022)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	Réalisé	
2.5 Déploiement du programme Agir tôt	Un rapport de mise en œuvre est demandé pour le 15 janvier 2020 aux établissements.	Réalisé	
2.6 Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA	Transmission par les établissements des données sur les listes d'attente et les types de milieux de résidence où vivent les usagers qu'ils desservent en DP-DI-TSA.	Réalisé	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS (suite)			
2.7 Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD	Via un formulaire GESTRED, les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD	Réalisé	
AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES			
4.1 Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches	Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS CIUSSS devra être produit au 31 mars 2020. Le gabarit fourni par le MSSS ayant servi aux redditions de compte des années précédentes devra être utilisé à cette fin.	Non réalisé (80 %)	<i>Les établissements visés par l'attente spécifique (4.1) devaient transmettre au 31 mars 2020 un état de situation faisant état de leurs réalisations. Le MSSS a reporté cet envoi au 14 septembre 2020</i>
4.2 État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC	Autoévaluation sur la poursuite du Plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'état d'avancement des travaux au 31 mars 2020, ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action de l'établissement doivent être évalués.	Réalisé	
4.3 Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour. Pour ce faire, un gabarit pour chacune des 3 actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour complétion et retour en périodes 6 et 13.	Non réalisé (45 %)	<i>Le premier livrable a été annulé par le MSSS. Concernant le deuxième livrable, celui-ci a été reporté par le MSSS au 31 juillet 2020 dans le contexte de la pandémie</i>
4.4 État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017 2018 – Continuum de services, phase hyper aiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)	Autoévaluation au 31 mars 2020, du plan d'action déposé le 22 juin 2017, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'avancement des travaux et les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être évalués.	Non réalisé	<i>Ce livrable est reporté au 31 juillet 2020 par le MSSS dans le contexte de la pandémie</i>

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
INFRASTRUCTURES, LOGISTIQUE, ÉQUIPEMENTS ET APPROVISIONNEMENT			
7.1 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	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 un bâtiment déficitaire inspecté en 2015 (lot #1) ou en 2016 (lot #2) et au 31 mars 2020 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2017 (lot #3). Si la cible de RDM d'un bâtiment inspecté en 2015 est de 80% et que le différentiel entre l'IVP et le SE est de 3%, l'IVP de ce bâtiment doit, au 31 mars 2020, minimalement diminué de 2,4% (80% de 3%) c'est-à-dire minimalement ramené à 15,6%. 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 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.	Non réalisé (45 %)	<i>Le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs (RDMA) est amorcé et suivi de façon continue. A la P-13, le Plan de résorption est réalisé 45 %, c'est-à-dire, qu'il y a 9 bâtiments dont l'indice de vétusté a baissé en bas de 15 % sur 20 bâtiments ayant un indice de 15 % et plus. Un plan d'action a été élaboré afin de réaliser le tout pour mars 2022. Le MSSS a été informé de la situation</i>
COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ			
8.1 Sécurité civile	Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC. À cet effet, l'établissement doit : - Disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources; - S'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base recommandée par le MSSS; - Établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile.	Non réalisé (50 %)	<i>Dans le contexte de la pandémie, le MSSS a reporté l'échéancier au 14 septembre 2020</i>
8.2 Gestion des risques en sécurité civile – Santé et Services sociaux	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.	Non réalisé (50 %)	<i>Dans le contexte de la pandémie, le MSSS a reporté l'échéancier au 14 septembre 2020</i>

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
8.3 Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités (PCA) pour une portée d'établissement. Pour ce faire, la haute direction de l'établissement doit approuver une charte de projet présentant, entre autres : • La durée estimée du projet; • Le calendrier de réalisation des étapes prévues au Guide pratique pour l'élaboration d'un plan de continuité des activités en établissement; • La structure de gouvernance. Cette dernière doit notamment identifier le porteur de dossier et le comité tactique qui collaborera à l'élaboration du PCA.	Non réalisé (75 %)	<i>Dans le contexte de la pandémie, le MSSS a reporté l'échéancier au 14 septembre 2020</i>
8.4 Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements ont reçu au printemps 2018 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C.A. et ensuite transmis par courriel à l'adresse « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de monsieur Iannick Martin « iannick.martin@msss.gouv.qc.ca ».	Non réalisé (80 %)	<i>La révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise est complétée à 80%. Une prolongation de l'échéancier a été demandée au MSSS et il est prévu que ce livrable sera présenté au Conseil d'administration du 17 septembre 2020</i>
8.5 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le conseil d'administration de l'établissement. Une résolution du conseil d'administration de l'établissement confirmant la création du comité régional, de même qu'une copie de la réglementation de celui-ci, doivent être transmises par courriel à l'adresse « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de monsieur Iannick Martin « iannick.martin@msss.gouv.qc.ca ».	Réalisé	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION			
9.1 Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits	Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif et administration, 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 des composantes. L'attente exige un pourcentage de mis 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.	Réalisé	
9.2 Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité	Conformément à la directive sur la cyber sécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions. Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information. Ainsi, au cours de l'année 2019-2020 les dates de transmission du bilan sont les suivantes : au plus tard le 31 mai 2019 pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019 et le 31 mai 2020 pour l'année financière 2019-2020. 1. Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels; 2. Procéder à des tests de vulnérabilités; 3. Gérer efficacement les menaces; 4. Mener une analyse des risques de sécurité de l'information; 5. Gérer sainement la sauvegarde et la restauration des données.	Réalisé	

4.2 Chapitre IV – Engagements annuels

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 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	80,9	70	45,5
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	91,8	93	93,5
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	81,6	90	80,5
Plan stratégique 15-20			
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	625	654	681
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	72,3	80	72,9
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	81,4	90	23,8
Commentaires			
(1.01.13.01) Les territoires de Papineau, de Vallée-de-la-Gatineau, Des Collines et Pontiac ont dépassé l'engagement de 70. Seul, le territoire de Gatineau n'a pas atteint l'engagement. Un manque de ressources humaines est la principale raison que le résultat n'est pas atteint globalement. Nous procédons actuellement à des demandes d'ajout de ressources pour améliorer la promotion et la prévention de la santé dans nos milieux scolaires. (1.01.27) Nous avons atteint l'engagement puisque 93,5 % des enfants ont reçu leur première dose de vaccin contre le DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais prévus par le calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). Dans l'Outaouais, 2 RLS sur 5 ont dépassé l'engagement 2019-2020. (1.01.28) Le résultat obtenu est de 80,5. Le RLS de Pontiac a atteint l'engagement (90,1 %) et notons une presque atteinte pour les 4 autres RLS. Les efforts se poursuivent pour sensibiliser les parents à l'importance de ce vaccin à 18 mois. (1.01.29) Nous avons atteint l'engagement. Nous dépassons de 57 le nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 cette année comparativement à l'an dernier. Parmi les facteurs favorisant l'atteinte des engagements, mentionnons les mesures mises en place pour améliorer l'organisation des rendez-vous. Les résultats obtenus démontrent que les stratégies mises en place pour rejoindre cette population ont été efficaces.			
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%		
	Engagement annulé ou échéancier reporté par le MSSS		

(1.01.30) Dans l'Outaouais, 72,9 % des enfants ont reçu leur première dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais prévus par le calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). Il s'agit d'une amélioration de 0,6 point du pourcentage par rapport au résultat de l'an passé. Un RLS a atteint l'engagement 2019-2020 avec un résultat de 94,6 % (RLS de Pontiac). Un travail d'optimisation est en cours pour offrir la vaccination sur RDV avec un logiciel qui achemine des rappels systématiques par texto et courriel.

(1.01.32) Nous observons actuellement une baisse de performance si nous nous comparons à l'an passé. Des interventions ont été réalisées avec l'équipe scolaire pour identifier des solutions sur l'accès et rejoindre les familles les plus vulnérables. Il y a une augmentation de la promotion. Des plages horaires ont été augmentées et l'accès aux rendez-vous au CLSC a été facilité lorsque la vaccination ne peut être réalisée à l'école.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales			
<u>Plan stratégique 15-20</u> 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	100	80
<u>Plan stratégique 15-20</u> 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
<u>Plan stratégique 15-20</u> 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
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	53,5	80	71,6

Commentaires

(1.01.19.01) Un seul centre hospitalier sur 5 n'a pas atteint l'engagement. Plusieurs mesures ont été mises en place pour limiter la propagation des cas d'infections nosocomiales : le confinement, le lavage des mains, des meilleures pratiques de désinfections des petits équipements ainsi que le respect des précautions additionnelles.

(1.01.19.02 et 1.01.19.04) Depuis les quatre dernières années, les deux indicateurs obtiennent 100 %. Il est important de mentionner la surveillance constante du service de prévention et contrôle des infections. Les usagers porteurs ont une alerte au dossier qui permet d'assurer une fluidité dans le transfert d'infection aux points de transition. Les précautions additionnelles au niveau de l'isolement sont respectées. Différents rappels sont faits au niveau du nettoyage et de la désinfection fréquente de la chambre et de la salle de bain. Des affiches claires et visibles sont mises à la porte de la chambre de la personne porteuse ou infectée afin de réitérer les précautions additionnelles nécessaires. Des distributeurs de solution hydroalcoolique sont positionnés aux endroits stratégiques, ce qui permet une hygiène des mains aux moments opportuns.

La formation est offerte en continu sur les bonnes pratiques de prévention et contrôle des infections.

Des audits sont fréquents pour assurer le bon port d'équipements de protection individuels et l'hygiène des mains. Il y a une excellente collaboration entre le gestionnaire, la conseillère en soins, l'infirmière aux accès vasculaires. Aussi, la surveillance des accès vasculaire est maximisée. Également, nous enseignons à l'usager différentes stratégies pour diminuer le risque d'infection.

(1.01.26) Le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains s'est amélioré comparativement à l'an passé. Ceci représente une augmentation d'environ 18.1 point de pourcentage par rapport au résultat de l'année précédente. L'augmentation du taux de conformité peut être associée à différentes stratégies, notamment la formation sur l'hygiène des mains (HDM) qui doit obligatoirement être réalisée annuellement, les différentes formations en ligne à tous les employés et médecins sur les pratiques de bases en prévention et contrôle des infections, la déclaration d'engagement envers une HDM adéquate pour les nouveaux employés et les efforts déployés dans la préparation de la campagne d'HDM. Des stratégies d'intervention seront déployées pour consolider le moment 1 (avant le contact avec les usagers).

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 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	91,07	93.4	N/D
1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans un délai de 30 jours	45,6	60	81,7

Commentaires

(1.02.04) Dans le cadre du suivi de cet indicateur, 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). Dans ce contexte, il a été décidé par le MSSS de retirer temporairement l'affichage de cet indicateur dans les rapports de suivi des EGI jusqu'à ce que les données diffusées dans ces rapports soient corrigées.

(1.02.07) L'engagement est atteint et même dépassé. On observe une amélioration du pourcentage de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans un délai de 30 jours dans l'Outaouais. Cette amélioration s'explique par une réorganisation du processus d'évaluation lors de la réception des réfugiés, ainsi qu'une modification des horaires de travail pour répondre au volume imprévisible d'arrivée.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Soutien à domicile			
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	827 655	850 000	1 042 200
Plan stratégique 15-20 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	5 270	5 434	5 419
Plan stratégique 15-20 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)	78,6	90	73,9

Commentaires			
(1.03.05.01) Nous avons dépassé de 192 200 le nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services. Ce résultat est principalement dû aux investissements qui ont permis l'embauche de personnel et l'intensification des services. (1.03.11) et (1.03.12) Nous sommes à 15 personnes de l'atteinte de la cible pour l'indicateur 1.03.11 et à 82,1 % de l'atteinte pour l'indicateur 1.03.12. Le nombre de personnes desservies est de 5 419 usagers soit une augmentation de 149 usagers comparativement à l'an passé. Les principales raisons de la non-atteinte sont attribuables à une pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers. Le processus de réévaluation est ralenti par le roulement du personnel. Nous nous assurons que les nouveaux employés reçoivent une bonne formation et un coaching pour qu'ils soient en mesure d'offrir des soins de qualité et sécuritaires. Un nouveau poste de soutien clinique pour les outils de cheminement clinique informatisée (OCCI) sera mis en place tel que prescrit par le MSSS. L'implantation des OCCI permettra de remettre en perspective les processus cliniques allant du repérage, à l'évaluation et à la prestation de services, incluant la coordination nécessaire pour y arriver.			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées			
Plan stratégique 15-20 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	66,7	100	N/D
Plan stratégique 15-20 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	N/D
Plan stratégique 15-20 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	66,7	100	N/D
Plan stratégique 15-20 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	N/D
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	94,9	95	92,9
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	90,6	95	98,7
Commentaires			
(1.03.07.00); (1.03.07.01); (1.03.07.02) et (1.03.10) Dans un contexte de pandémie, ces indicateurs sont reportés par le MSSS. (1.03.13) En CHSLD, 92,9 % des personnes nouvellement admises ont un profil ISO-SMAF de 10 à 14. Parmi les 16 installations, 13 ont atteint l'engagement. Parmi les trois installations qui n'ont pas atteint l'engagement, il y a 9 personnes qui ont un profil inférieur à 10 en raison soit du manque de place en résidence privée pour aînés (RPA), en ressources intermédiaires (RI) ou en ressources de type familial (RTF) ou que les installations RI-RTF ne pouvaient répondre à leurs besoins. Un travail en continu est assuré afin de pouvoir offrir le maximum de places pour nos usagers.			

(1.03.16) Nous avons dépassé l'atteinte de cet engagement de 3,7 %. En CHSLD public, 98,7 % des personnes hébergées ont été évalués ou réévalués au cours de la dernière année à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et ayant un plan d'intervention. Le résultat 2019-2020 est supérieur à celui de l'an dernier.			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Déficiences			
Plan stratégique 15-20			
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	73,34	82,6	103,60
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	95,1	90	93,8
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	92,5	92,4	97,0
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	91,4	90	92,1
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	96,2	93,4	91,1
Plan stratégique 19-23			
1.45.45.05 - Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	N/D	90	100
Plan stratégique 15-20			
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	84,6	85	92,3
Plan stratégique 19-23			
1.47 - Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	N/D	609	600
Commentaires			
(1.05.15) Le délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA se chiffre à 103,60 jours en 2019-2020. L'augmentation du délai d'attente est causée par une augmentation de jeunes desservis de 46 % cette année. L'arrivée de nouveaux personnels dans des postes « Agir tôt » permettra certainement de réduire l'attente et nous permettrons d'atteindre notre cible.			
(1.45.04.01) Nous avons dépassé de 3,8 l'engagement. Un suivi méticuleux est fait au niveau de la performance via des tableaux de bord et des stations visuelles.			

(1.45.04.05) L'engagement a été dépassé. Cela s'explique par un suivi rigoureux des données par le biais d'une salle de pilotage et par de fréquentes communications aux gestionnaires et chefs de service.

(1.45.05.01) L'engagement a été dépassé de 2,1. Le taux de demandes de services traitées en CLSC pour la déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme a légèrement augmenté cette année.

(1.45.05.05) L'engagement est atteint à 97,5 %. Un suivi rigoureux est mis en place pour s'assurer de respecter les délais.

(1.45.45.05) L'engagement est dépassé et nous avons réussi à augmenter la prise en charge des usagers qui étaient sur la liste d'attente.

(1.46) En Outaouais, 92,3 % des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité ont eu accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail, ce qui dépasse l'engagement. Il s'agit d'une amélioration de 7,7 points par rapport au résultat de l'an dernier.

(1.47) En 2019-2020, nous comptons 600 places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Une nouvelle ressource intermédiaire qui doit offrir plus de 56 places verra le jour d'ici la fin de 2020, ce qui permettra d'atteindre notre engagement.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Jeunes en difficulté			
Plan stratégique 15-20 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	10,12	9,46	9,37

Commentaires

(1.06.17) Le taux d'enfants pris en charge pour des cas de négligence a obtenu un résultat avec une meilleure performance que celui de l'année précédente. Des investissements du MSSS en 2019-2020 ont permis au rehaussement du soutien clinique et à la formation des intervenants dédiés aux services destinés aux jeunes en difficulté et à leurs familles. Ceci autant dans les services de proximité que les services en protection de la jeunesse. Cette contribution additionnelle a permis de réduire les listes d'attente et consolider les services en protection de la jeunesse.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 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	92,9	91	91,1
Plan stratégique 15-20 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	88,1	90	88,1
Plan stratégique 19-23 1.07.07 - Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	N/D	3 157	3 686

Commentaires			
(1.07.04) En Outaouais en 2019-2020, 91,1 % des personnes ayant reçu une évaluation spécialisée dans un centre de réadaptation en dépendance ont été évaluées dans un délai de 15 jours ou moins. Un suivi des consignes de saisie de données a permis régulièrement aux intervenants de maintenir cette performance. (1.07.06) Notre résultat est à .09 % de la cible. Le taux d'implantation de l'offre de services de détection et d'intervention précoce en dépendance est de 88,1 %. Le taux de roulement du personnel est la principale cause du manque à gagner. (1.07.07) 529 usagers de plus que la cible initiale ont reçu un service pour un trouble lié à la consommation de substances psychoactives (SPA), à la pratique de jeux de hasard et d'argent (JHA) ou à l'utilisation problématique d'Internet dans un établissement ayant une mission CLSC et/ou une mission CRD. L'atteinte de cette cible est attribuable, entre autres, au rehaussement du financement reçu (tel que l'ajout d'infirmières de liaison en dépendance en milieux hospitaliers et ajout d'intervenants aux services externes), l'amélioration de la pratique de saisie des interventions, le suivi des charges de travail et la révision de la trajectoire de services.			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé mentale			
Plan stratégique 15-20 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	640,8	640	680,4
Plan stratégique 15-20 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnu par le Ministère	196,2	197	196,2
Commentaires			
(1.08.13) Nous avons dépassé le nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV). Il s'agit d'un ajout de 39,6 places en établissement cette année. Le recrutement s'est bien déroulé. Parmi les 680,4 places, il y a 18 places offertes par entente de service (article 108). (1.08.14) Il manque seulement 0,8 place. Ceci est dû au calcul automatisé dans Gestred qui ne permet pas d'inscrire un ratio différent.			
indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique - Urgence			
Plan stratégique 19-23 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	16,45	12	19,68
Plan stratégique 19-23 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	176	145	189
Plan stratégique 15-20 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	50,5	79	46,9
Plan stratégique 15-20 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	56,1	79	54,3
Commentaires			
(1.09.01) La durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence est encore plus longue que prévue. En Outaouais, le taux d'usagers avec un niveau de soins alternatifs est très haut. De plus, nous faisons face à un manque de ressources humaines important. Ce phénomène nous empêche d'utiliser les lits disponibles dans les unités d'hospitalisation. Pour diminuer notre durée de séjour, nous			

comptons augmenter notre efficacité et notre efficience dans le processus d'admission et de congé. Il est également primordial d'augmenter le partenariat avec nos différentes ressources de première ligne.

(1.09.16) Le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire est un nouvel indicateur faisant partie du plan stratégique 2019-2023. Des actions ont été réalisées dans l'année pour recruter 2 médecins qui se sont joints à l'équipe pour les urgences des Hôpitaux de Hull et Gatineau et un médecin débutera en mai 2020.

(1.09.43) (1.09.44) L'écart pour atteindre ces cibles sera diminué si nous pouvons réussir à augmenter la couverture médicale dans nos urgences. Des stratégies de recrutement se poursuivent en continu. Les aires d'utilisation en ambulatoire doivent être optimisées. En comblant le manque de professionnel en technique d'imagerie permettrait d'augmenter l'accessibilité à ce plateau technique. La collaboration des médecins en périphérie à venir faire des quarts en urbain est encouragée continuellement.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie			
Plan stratégique 15-20 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 238	1 122	1 232
Plan stratégique 15-20 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	38	38	38
Plan stratégique 15-20 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	12,3	18	11,5

Commentaires

(1.09.05) En Outaouais, le nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile se chiffre à 1 232 usagers en 2019-2020. Les suivis en soins palliatifs par l'équipe de soutien à domicile constituent une priorité pour nos équipes. Les usagers requérant des soins de fin de vie à domicile sont pris en charge rapidement donc reçoivent les soins au moment opportun.

(1.09.45) En Outaouais, on dénombre 38 lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie. L'ouverture de La Maison Des Collines a permis l'ajout de six lits en mars 2019.

(1.09.46) En 2019-2020, 11,5 % des usagers ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile sont décédés à domicile. La non-disponibilité des médecins à domicile nous oblige à diriger les usagers vers des lits de soins palliatifs dans les centres hospitaliers ou les maisons de soins palliatifs. La plus grande disponibilité des lits en maison de soins palliatifs fait en sorte que plus d'usagers et des familles choisissent cette option pour leur fin de vie plutôt que le décès à domicile.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique - Chirurgie			
Plan stratégique 15-20 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'1 an pour l'ensemble des chirurgies	138	0	340
Plan stratégique 19-23 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	N/D	1 017	1 540

Commentaires

1.09.32.00) (1.09.32.10) La principale raison de non-atteinte est qu'il y a un nombre insuffisant de salles et de plages opératoires pour certaines spécialités. Il fut nécessaire de diminuer certains temps

opératoires en lien avec le manque de personnel. Il fut nécessaire de prioriser des cas d'oncologie sur des cas électifs. De plus, nous avons mis en place 3 demi-plages horaires pour des médecins. Le plateau de chirurgie au Pontiac a été optimisé pour permettre l'ajout de la spécialité ORL et nous avons utilisé le plateau de chirurgie à Maniwaki pour la gynéco-oncologie depuis août 2019.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Services de première ligne			
Plan stratégique 15-20 1.09.25-PS Nombre total de GMF	15	15	16
Plan stratégique 19-23 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	82,07	85	82,63
Plan stratégique 19-23 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	246 796	260 842	255 391
Plan stratégique 15-20 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	1	1	1

Commentaires

(1.09.25) (1.09.48) L'Outaouais compte 16 groupes de médecine de famille (GMF) en 2019-2020 soit un de plus que l'an dernier. La région a même dépassé l'engagement en ce qui concerne les GMF soit 1 de plus cette année.

(1.09.27) et (1.09.27.01) Il y a 82,63 % de la population de l'Outaouais qui est inscrite auprès d'un médecin de famille ce qui constitue un résultat légèrement supérieur à celui de l'année précédente. Le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille passe de 245 793 à 255 391 personnes. Plusieurs actions ministérielles sont en cours afin que l'ensemble des patients soit inscrit auprès d'un médecin de famille.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Imagerie médicale			
Plan stratégique 15-20 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	62,1	65	31,4
Plan stratégique 15-20 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	96,5	100	92,2
Plan stratégique 15-20 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	100	100
Plan stratégique 15-20 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les échographies cardiaques	26,4	60	23,8

Plan stratégique 15-20 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	95	100	67,7
Plan stratégique 15-20 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	42,2	75	39,6
Plan stratégique 15-20 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	86,9	100	54,8
Plan stratégique 15-20 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	36,7	75	25,1
Plan stratégique 15-20 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)	99	100	86,1
Commentaires Notons que 8 des 9 sous-indicateurs (1.09.34.02 à 1.09.34.10) ont connu une détérioration de leur performance comparé à l'an passé. Le recrutement de nouveaux radiologistes pour l'année 2020-2021 devrait permettre d'améliorer les résultats. Puisqu'il s'agit d'un indicateur périodique, il importe de mentionner que le résultat de la période 13 n'est pas toujours représentatif de la performance observée en cours d'année. (1.09.34.02) Pour les scopies, l'engagement 2019-2020 n'est pas atteint. On observe une variabilité importante des résultats selon les périodes financières et les différents hôpitaux. Des travaux essentiels à l'hôpital de Papineau ont entraîné une détérioration des délais puisqu'ils ont engendré une fermeture passant d'un résultat de 96,9 % au début de l'année à 31,4 % à la fin de l'année. (1.09.34.03) Pour les mammographies diagnostiques, on observe une stabilité des résultats durant toute l'année. Notons une absence de technologues spécialisés en mammographie aux hôpitaux de Pontiac et de Gatineau a engendré des retards. En cours de période 13, nous avons cessé les activités de dépistage à cause de la pandémie. (1.09.34.04) Pour l'échographie obstétrique, l'engagement 2019-2020 est atteint et l'indicateur enregistre un résultat égal à l'an passé. (1.09.34.05) Pour l'échographie cardiaque, l'épuration des listes d'attente et la maximisation des plages horaires disponibles sont des mesures mises en place afin d'améliorer l'accès à l'échographie cardiaque. Dans le cadre des travaux de pertinence, une requête « normalisée » sera également déployée dans les prochains mois. Des travaux sont aussi entrepris avec le chef de la cardiologie afin d'améliorer l'accès à l'échographie cardiaque. (1.09.34.06) Pour les échographies mammaires, l'augmentation de la demande dépasse l'offre de services. Nous avons passé de 469 demandes au début de l'année à 1 065 demandes à la fin de l'année. Une directive quant à la codification par le personnel technique des demandes d'échographies mammaires a été rédigée. Cette directive s'appuie sur l'application des critères de l'INESS quant aux indications pour la réalisation d'une échographie mammaire. Ainsi, plusieurs échographies ont été redirigées en mammographie puisque les renseignements cliniques ne correspondaient pas aux indications préconisées par l'INESS. Les radiologistes sont sollicités fréquemment pour effectuer des « blitz » dans ce secteur, en plus de leurs tâches habituelles. Les délais sont suivis de façon hebdomadaire, mais il n'y a pas les ressources médicales nécessaires pour suffire à la demande.			

(1.09.34.07) Pour les autres échographies, l'engagement n'est pas atteint. À la fin de l'année, le nombre total de demandes en attente pour ce type d'examen a augmenté de 27 %. Afin d'améliorer la performance de l'indicateur, l'application de la circulaire du MSSS pour mieux gérer la non-disponibilité des usagers et l'épuration de la liste d'attente en continu sont des moyens actuellement envisagés. 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. Avec son aide, les listes d'attente seront grandement réduites ce qui permettra de rapatrier des demandes des autres hôpitaux de la région. En cours de période 13, nous avons cessé les activités de dépistage dues à la pandémie auprès de la clientèle de 70 ans et plus.

(1.09.34.08) Pour la tomодensitométrie, une pénurie de main-d'œuvre a obligé à diminuer l'accès en tomодensitométrie. L'établissement est en processus de dotation de postes et de recrutement. En cours de la période 13, nous avons cessé les activités de dépistage dû de la pandémie auprès de la clientèle de 70 ans et plus.

(1.09.34.09) Pour la résonance magnétique, 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 des services, mais cette mesure ne suffit pas. Un projet de location d'un appareil mobile a été accepté par le MSSS. Si les travaux ne sont pas retardés et que le recrutement de technologues est réalisé dans les délais, nous devrions voir une amélioration de cet indicateur en 2020-2021. En cours de période 13, nous avons cessé les activités de dépistage dû de la pandémie auprès de la clientèle de 70 ans et plus.

(1.09.34.10) Pour la tomographie par émission de positrons (TEP), le manque de ressources humaines (technologues et personnel administratif) est un facteur ayant contribué à la non-atteinte de l'engagement. En cours de période 13, nous avons cessé les activités de dépistage dues à la pandémie auprès de la clientèle de 70 ans et plus.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Cancérologie			
Plan stratégique 19-23			
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	60,2	90	63,5
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	94,4	100	92,5

Commentaires

(1.09.33.01) Les délais de plus de 28 jours seraient attribuables au manque de plages horaires en médecine interne en préadmission, en urologie, en chirurgie générale, en gynéco-oncologie et en ORL. Nous avons également un seul gynéco-oncologue avec une longue liste d'attente ainsi qu'une pénurie de personnel. Les mesures correctrices mises en place et à venir sont, entre autres, une priorisation des cas oncologiques sur la chirurgie élective : nous devons continuer les suivis rigoureux des délais d'attente par les comités locaux des blocs opératoires et l'utilisation régionale du parc de chirurgies sera poursuivie.

(1.09.33.02) Les facteurs ainsi que les mesures à prendre pour l'atteinte de cet indicateur sont les mêmes que l'indicateur 1.09.33.01.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Services spécialisés			
Plan stratégique 19-23 1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E)	N/D	70	60,3
Commentaires (1.09.49) Les plages horaires sont utilisées à 100% et le nombre de consultations médicales demandées par les médecins de famille est supérieur aux plages horaires. Le principal enjeu pour l'atteinte de l'engagement est la disponibilité des médecins spécialistes. En collaboration avec la DSPPC et DSI, des travaux sont à venir pour améliorer l'accès à un médecin spécialiste. Il est également important de préciser qu'il y a 40 PREM en spécialités de non comblés sur 303 postes planifiés représentant 13 % d'effectifs en moins.			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Ressources matérielles			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100
Commentaires (2.02.02) En Outaouais, on constate que 100 % des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité sont réalisées. L'atteinte et le maintien des résultats sont principalement occasionnés par les mesures de formation continue et de contrôle de la qualité effectués conjointement par la direction des services techniques et de la logistique et la Direction des soins infirmiers via le service de Prévention des infections.			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Ressources humaines			
Plan stratégique 15-20 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	9,29	9,06	9,90
Plan stratégique 19-23 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	6,10	5,64	6,71
Plan stratégique 15-20 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,90	0,74	1,32
Plan stratégique 19-23 3.05.03 - Ratio de présence au travail	N/D	87,93	87,57
Commentaires (3.01) (3.05.02) (3.06.00) L'engagement est presque atteint pour le ratio d'heures en assurance-salaire et est non atteint pour les heures supplémentaires et la main-d'œuvre indépendante.			

Les principales raisons de la non-atteinte actuelle de l'engagement sont que nous faisons face:

- À une pénurie de personnel;
- À une accessibilité limitée aux spécialistes induit pour certains l'allongement de la durée de l'invalidité (attente de chirurgie, attente de consultation en psychiatrie, etc.).

(3.05.03) Cet indicateur est nouveau et est inclus dans la planification stratégique ministérielle 2019-2023. L'indicateur permet de mesurer la variation des heures d'absence en fonction des heures travaillées pour l'ensemble du personnel.

Voici les mesures mises en place qui contribueront à redresser la situation pour ces quatre indicateurs :

Avec la politique de gestion intégrée de la santé organisationnelle (GISO), l'établissement, en priorisant cet aspect, prend un virage en mode prévention et poursuit le déploiement de cette philosophie de gestion. Il y a actuellement présence d'au moins un mécanisme de suivi de la santé des équipes dans 90 % des secteurs. Le comité de direction élargie en collaboration avec la DRHCAJ a priorisé 6 leviers sur lesquels agir pour améliorer la situation de la main-d'œuvre : Programme d'intégration et d'accueil, Révision de l'organisation du travail et des structures en fonction des nouvelles modalités des matières locales, Recensement et partage entre gestionnaires des pratiques GISO, Définition et positionnement de l'image de marque, Consolidation des liens avec les maisons d'enseignement pour favoriser la mise en place d'initiatives et création de communautés de pratiques.

La mise en place d'une table de concertation régionale portant sur l'adéquation emploi/formation permet d'établir des mécanismes formels d'échanges entre les partenaires locaux afin de mieux planifier les besoins de main-d'œuvre dans les établissements de santé et services sociaux et d'y répondre. Plus spécifiquement, cette table permettra de :

- Identifier les mécanismes de concertation actuels avec les différents partenaires au niveau régional et en enrichir l'utilisation;
 - Développer et mettre en place des mécanismes formels d'échange au niveau régional pour travailler sur l'adéquation emploi/formation, la gestion des stages et l'arrimage intersecteur au niveau régional;
 - Valoriser les métiers et les professions du réseau de la santé et des services sociaux;
 - Mettre en place des projets et des mandats pour répondre aux besoins de formation du personnel dans les milieux de travail en santé.
-
- Mise en place d'une équipe généraliste, experte en ressources humaines sur l'ensemble du territoire de l'Outaouais permettant de répondre aux besoins du client en prenant en considération son environnement, développer des relations durables avec les partenaires internes et externes, augmenter la satisfaction de la clientèle/équipe et contribuer au sentiment d'appartenance des employés;
 - Signature d'une entente avec le Syndicat des professionnels de l'Outaouais (FIQ-SPSO) permettant de mandater Recrutement santé Québec (RSQ) pour recruter 89 infirmières à l'étranger;
 - Signature d'un contrat de services avec Jeunes Explorateurs permettant d'actualiser des stages d'un jour unique en milieu de travail et ainsi améliorer l'attraction des jeunes pour le métier en santé et services sociaux;
 - Signature des conventions collectives locales (FIQ, APTS et CSN) améliorant la mobilité de la main-d'œuvre tout en permettant d'offrir un plus grand nombre de postes à temps complet.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Multiprogrammes			
Plan stratégique 15-20 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	58,9	70	64
Plan stratégique 15-20 7.02.00-PS Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	45	100	45
Commentaires (7.01.00) On observe une amélioration des résultats de 5.1 de cet indicateur comparée à l'an passé. Malgré que la nature multiprogramme de l'indicateur rend difficile le suivi par direction, une ventilation par centre d'activité a été réalisée et bien qu'imparfaite, cela a permis d'assurer un meilleur suivi des résultats de chacune des directions. Il est à noter que l'indicateur 7.01.00 est cumulatif. Il s'appuie sur le nombre d'épisodes de services, depuis le début de l'année financière, pour lequel un usager a reçu une 1^{re} intervention en 30 jours ou moins. Par conséquent, plus on avance dans l'année, plus il y a de services psychosociaux dont les délais ont pu dépasser les 30 jours. (7.02.00) Afin de fournir de la marge de manœuvre dans le contexte de la pandémie, le MSSS accorde un délai supplémentaire pour la transmission des redditions de comptes des données au ministère pour l'indicateur « <i>Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir</i> ». La date limite est fixée au 1er décembre 2020 plutôt qu'au 29 mai 2020.			

4.3 Autres résultats

Tableau : Autres résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Commentaires
Plan stratégique 19-23 1.03.05.05 - Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 100 124	En ce qui concerne ces quatre indicateurs du Plan stratégique 2019-2023, ils ne sont pas inclus dans l'addenda 2019-2020 et par conséquent, il n'y a pas d'engagement officiel en 2019-2020. Il est seulement convenu que les établissements inscrivent leurs résultats pour cette année.
Plan stratégique 19-23 1.03.05.06 - Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	13 199	
Plan stratégique 19-23 1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	542	
Plan stratégique 19-23 1.06.19 - Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	70,4	

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

5.1 L'agrément

Lors de la visite d'Agrément Canada en juin 2019 (cycle d'Agrément 2018-2023), l'établissement a maintenu son **statut d'Agréé**. Les suivis apportés aux recommandations d'Agrément Canada de la Séquence 1 du Rapport de visite ont été réalisés à la date requise le 19 février 2020. Nous avons obtenu la note de 88,5 % pour une conformité totale. D'autres suivis sont en cours pour la Séquence 2 du Rapport de visite pour 2020-2021. Cette séquence a obtenu une conformité totale de 91,9 %.

La Séquence 1 comportait les normes suivantes :

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme :

1. Gestion des médicaments
2. Gouvernance
3. Leadership
4. Prévention et contrôle des infections

Normes sur l'excellence des services :

5. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables
6. Santé publique



La Séquence 2 comprenait le :

Manuel d'évaluation – Programme-services jeunesse

Manuel d'évaluation – Programme-services santé mentale et dépendances

Voici les suites apportées :

Les 6 suivis requis pour le 19 février 2020 étaient en lien avec la gestion des médicaments. Quatre furent acceptés par Agrément Canada à 100 % et ont permis les activités d'amélioration continue suivantes :

- Bonification du programme de gérance des antimicrobiens
- Rédaction d'une politique et d'une procédure de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevée

Un délai fut accordé jusqu'au 19 août pour les deux autres, soit l'approbation et la mise en œuvre de la liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées et la formation sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevée.

Les autres suivis requis pour le 19 août 2020 sont en lien avec la Gestion des médicaments (incluant le bilan comparatif des médicaments), le Leadership (la méthode intégrée de gestion des risques, le plan de continuité des opérations), la Prévention et contrôle des infections (politiques, ÉPI, hygiène des mains), le Retraitement, la Santé publique (publication d'avis et plan de communication), le Manuel Jeunesse (BCM, gestion des risques et plans d'urgence, identification des usagers) et enfin, le Manuel Santé mentale et dépendances (cheminement des usagers et BCM).

En date du 31 mars 2020, les travaux avaient bien avancé et tous étaient mobilisés pour l'atteinte de la conformité. Nous étions en mode de préparation à la visite prévue en mai 2020.

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 afin 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 de la déclaration des événements et la conformité du processus.

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

- Présentation de rapports trimestriels aux comités;
- Production d'articles et de bulletins sur la gestion des risques au sein de directions cliniques;
- 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;
- Des séances de formation et de sensibilisation se sont tenues auprès de diverses équipes opérationnelles à travers les différentes installations du CISSS de l'Outaouais. En janvier 2020, une présentation sur la gestion des risques a été effectuée auprès des membres du comité des usagers du centre intégré (CUCI). De plus, une formation a été donnée en mars 2020 aux gestionnaires de la Direction jeunesse sur le processus de divulgation;
- Le projet sur la décentralisation de la saisie des formulaires AH-223 s'est amorcé au courant de l'année. Un énoncé de projet de même qu'une structure de gouvernance ont été élaborés. Le contenu de la formation a été élaboré de même que les différents outils nécessaires à la mise en place du projet. Les formations ont également débuté dans certains secteurs de l'organisation;
- Sensibilisation des membres des sous-comités de gestion des risques quant au plan des mesures d'urgence par des représentants de la Direction des services techniques et de la logistique;
- Accompagnement et soutien auprès des directions lors de l'analyse des événements sentinelles et le suivi des plans d'amélioration continue de la qualité;
- Diffusion de l'outil de schématisation du processus de déclaration pour les employés à l'agenda des employés du CISSS de l'Outaouais;
- Audits effectués (P1-P3 et P7-P9) afin de valider la conformité de la complétion des formulaires AH-223 et divulgation des résultats aux directions cliniques. Deux sections du formulaire AH-223 ont été auditées : la section des circonstances associées à l'événement et la gravité.
- Participation à la Semaine nationale de la sécurité des patients qui s'est tenue du 28 octobre au 1^{er} novembre 2019 par l'entremise de publicité, promotion, bandeau sur notre site web et une note de service adressée à l'ensemble du personnel du CISSS de l'Outaouais. Un questionnaire (sous forme de sondage via « Survey Monkey ») sur la gestion des risques a été élaboré et diffusé dans l'ensemble des directions.

- Gestion de plus de 510 demandes via l'adresse générique « Outlook » de gestion des risques (création d'utilisateurs SSSS, réactivation de mot de passe, modification du paramétrage SSSS-AH-223, demande de données, soutien téléphonique aux employés et gestionnaires);
- En collaboration avec la Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA), élaboration et mise en œuvre d'une procédure de déclaration des incidents et accidents lors de services offerts par un partenaire lié par contrat à l'établissement et rencontres mensuelles entre le CISSS et le contractuel pour discuter des incidents/accidents déclarés et la mise en place des mesures d'amélioration;
- Collaboration et soutien aux travaux des comités suivants : Le comité interdisciplinaire de prévention des chutes, le comité pharmaco-soins, le comité sur l'utilisation des mesures exceptionnelles de contrôle, le comité stratégique en prévention et contrôle des infections, le comité radioprotection et le comité en gestion des risques en radio-oncologie.

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

À l'analyse du registre du système d'information sur la sécurité des soins et des services (SSSS), on constate que nous avons eu un total de 12 139 événements déclarés pour l'année 2019-2020.

Tels que présentés dans le tableau 1, les trois principaux types d'incidents déclarés (au registre) sont : médication, autres, et traitement. D'autre part, le type « autre » s'affiche au 2^e rang en termes de prévalence avec un nombre de 370 incidents dont les quatre principales sous-catégories sont : autres (54 %), erreur liée au dossier (11 %), fugue/disparition/encadrement intensif (8 %) et bris de confidentialité (6 %).

Tableau 1

3 principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage	Nombre total d'événements déclarés au CISSS de l'Outaouais
Médication	467	3,9 %	12 139
Autres	370	3,01 %	
Traitement	136	1,12 %	

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

Tels que présentés dans le tableau 2, les trois principaux types d'accidents déclarés (au registre) sont : chutes, médication et autres. D'autre part, le type « autre » s'affiche comme étant au 3^e rang en terme de prévalence avec un nombre de 1490 accidents dont les principales sous-catégories sont : blessure d'origine inconnue (29 %), autre (23 %), blessure d'origine connue (17 %) et plaie de pression (9 %).

Tableau 2

3 principaux types d'accidents	Nombre	Pourcentage	Nombre total d'événements au CISSS de l'Outaouais
Chutes	5427	47,7 %	12 139
Médication	2181	18 %	
Autres	1490	12,3 %	

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

Différentes actions sont entreprises par les membres de l'équipe de gestion des risques et des mesures sont mises en place pour éviter la récurrence et maintenir une amélioration continue de la qualité et sécurité des soins et services au CISSS de l'Outaouais. Suite à un événement sentinelle, les membres du comité participent à des comités ad hoc avec les différentes directions et les accompagnent dans le suivi des plans d'amélioration continue de la qualité (PACQ). De plus, des analyses plus poussées des événements sont réalisées par le biais de différentes méthodes. Une première recherche est réalisée par mots-clés dans le registre SISSS. Une liste a été élaborée et permet d'aller extraire des rapports AH-223 afin de repérer des événements potentiellement sentinelles. Ces événements sont analysés et des suivis, si nécessaire, sont effectués auprès des gestionnaires concernés. Aussi, une autre méthode vise une recherche pour les événements de gravité F et plus au sein des déclarations produites dans le registre SISSS. À cela s'ajoute des recherches et des analyses systématiques des événements de gravité G-H-I dans le registre SISSS. L'ensemble des événements classifiés comme étant « Non déterminés/ND » ont été catégorisés selon la nature et la gravité de l'événement.

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

Voici les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment :

- Registre développé pour vérifier le fonctionnement des détecteurs de mouvements et des lits à détection (Ernest Brisson) (DSAPA);
- Développement d'un rapport interquart pour les unités de soins, directive élaborée et diffusée en lien avec la transmission de l'information entre les professionnels, réintégration et déploiement du mode de transmission verbale des rapports lors des changements de quarts et évaluation post déploiement par des audits (DSI);
- Élaboration d'un cartable mesures d'urgence, élaboration et diffusion d'une directive associée, formations reçues auprès du personnel (DDR);

- Élaboration et diffusion des procédures en prévention du suicide;
- Formations données sur l'évaluation du risque suicidaire et identification des usagers à risque dans les GMF (DSMD);
- Formations données au personnel professionnel travaillant en santé mentale et aux services sociaux « Intervenir auprès de personnes suicidaires à l'aide des bonnes pratiques (DSMD);
- Formation donnée sur les situations d'urgence en lien avec des usagers pouvant présenter des problématiques comportementales (DSMD);
- Un événement en collaboration avec la DJ, la DSI et la DSPPC a permis de travailler un plan d'amélioration continue de la qualité en obstétrique;
- Analyse de la catégorie « omission de médication » et plan d'action mis en place pour trois directions ciblées (DSI, DSAPA et DDR);
- Diffusion et rediffusion de guides, de procédures ou directive ou de fiches d'information suite à des événements.

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

Afin de renforcer la prévention et le contrôle des infections nosocomiales dans l'établissement le Service de prévention et de contrôle 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 plusieurs activités en matière de prévention et de contrôle des infections notamment:

- Le programme de prévention et de contrôle des infections a été adopté par le Conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais;
- Le plan de déploiement graduel pour la reprise des mesures de prévention et contrôle de l'entérocoque résistant à la Vancomycine (ERV);
- La campagne d'hygiène des mains;
Pour la pratique exemple de l'hygiène des mains, l'engagement 2019-2020 et presque atteint. Le taux de conformité se situe à 71.6 %, ce qui représente une augmentation d'environ 18,1 points de pourcentage par rapport au résultat de l'année précédente (53,5 %);
- L'amélioration et la vigie continues des pratiques et des outils encadrant la gestion des éclosions est en cohérence avec le plan de gradation;
- La surveillance continue des processus visant la vérification de l'application des pratiques recommandées;
- La poursuite des travaux et de la vigie entourant la désinfection des petits équipements en collaboration avec les services d'hygiène et salubrité pour les unités de soins (travaux zones grises);
- La diffusion des indicateurs de vigie qualité aux unités de soins pour l'ensemble des pratiques exemplaires « Bactérie multi résistante » (BMR).

Aussi, l'équipe de PCI travaille en collaboration avec l'ensemble des équipes dans l'appréciation et les travaux entourant le manuel d'évaluation en prévention et contrôle des infections d'Agrément Canada.

Notons également que la pandémie en lien avec la Covid-19 a clairement mis en lumière le leadership d'expertise assumé par la PCI auprès de l'ensemble des directions du CISSS de l'Outaouais. La PCI a rapidement été déployée en cogestion médicale : avis, recommandations, formations et autres visant la sécurité de tous, notamment par des précautions additionnelles nécessaires.

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 2019-2020 par direction clinique :

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

En centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), les mesures exceptionnelles de contrôle sont utilisées lorsqu'il y a un danger potentiel pour la sécurité de l'usager. À l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (URT+6F), elles sont utilisées lorsqu'il y a un danger potentiel pour la personne quant à sa sécurité ou celle d'autrui.

À l'URTF, les mesures sont toujours planifiées et pour ce qui est des CHSLD, la grande majorité des mesures sont planifiées et inscrites dans le plan de travail et elles incluent les mesures à mettre en place lors de situation de crise. Il peut arriver, de façon exceptionnelle, que des mesures non planifiées soient utilisées.

Les mesures exceptionnelles de contrôle utilisées par la direction SAPA sont : la ceinture abdominale au fauteuil, la boucle anti-déclencheur, la tablette au fauteuil roulant ou gériatrique, la ceinture pelvienne, les mitaines, les attaches, la ceinture à fixation magnétique avec ou sans bretelles au lit, le drap de retenue allongé, la porte verrouillée, la veste ou le harnais, les ridelles de lit, le fauteuil gériatrique et la demie-porte. Pour ce qui est de l'URTF, la ceinture abdominale au fauteuil et la tablette au fauteuil roulant ou gériatrique sont les mesures utilisées.

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

En CHSLD et en unité gériatrique : tapis de chute, 3 ridelles, demi-ridelle, détecteur de mouvement, système smart au lit et au fauteuil, PTI (Plan de travail infirmier), afin d'assurer un environnement sécuritaire et fonctionnel du résident afin d'éviter les chutes, la ceinture de fauteuil, l'occupation manuelle, faire marcher l'usager, la réorganisation de l'horaire, la supervision éloignée, un environnement calmé ainsi qu'une lumière tamisée, musique douce, coussins avertisseurs au fauteuil ou au lit, 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, tapis sensoriel, détecteur à cordelettes, protecteur de hanche et de tête, fauteuil à bascule et le moniteur de pression.

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

Dans un processus d'amélioration continue, les nouveaux employés ont été sensibilisés aux mesures de contrôle et ont reçu des documents explicatifs. Les monitrices cliniques en CHSLD et la gestionnaire de l'URTF rendent le cadre de référence disponible ainsi que le protocole.

Principaux constats à la DSAPA

- 95 mesures de contrôle ont été appliquées dans l'année : 83,9 % étaient planifiées alors que 7,9 % étaient non planifiées. Les isolements étaient planifiés dans 5,7 % des cas et non planifiés dans 2,5 % des cas.
- 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, l'amélioration de la capacité fonctionnelle de l'utilisateur et favorise les effets bénéfiques de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) à l'URTF;
- Utilisation du formulaire de consentement pour l'utilisateur et sa famille en CHSLD;
- Respect de la politique, du protocole et de la procédure;
- Utilisation, par le personnel, des grilles de surveillance lors d'un recours aux mesures exceptionnelles de contrôle;
- Les mesures utilisées sont en lien avec le plan d'intervention, le plan de soins et le plan de traitement. En CHSLD, la rigueur est à développer quant à l'inscription au registre tandis qu'à l'URTF, l'inscription au registre des mesures de contrôle de l'unité et au plan d'intervention infirmier (PTI) de chaque usager ciblé se fait de façon soutenue.
- À l'URTF, une révision du protocole interdisciplinaire relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle fut effectuée et l'équipe a été accompagnée afin de réévaluer l'utilisation prolongée d'une mesure de contrôle.

La priorité de la DSAPA pour l'année 2019-2020 vise à réduire l'utilisation des mesures de contrôle le plus possible afin de favoriser l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées et éliminer les effets néfastes qu'elles peuvent engendrer.

Direction des déficiences et de la réadaptation (DDR)

La Direction de la déficience et de la réadaptation dessert une clientèle présentant une déficience intellectuelle (DI), une déficience physique (DP) et un trouble du spectre de l'autisme (TSA) de la région de

l'Outaouais. 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 intervention planifiée concerne des situations connues où le comportement de la personne est prévisible et susceptible de se reproduire. Le comportement de la personne représente un danger imminent pour elle-même ou autrui. 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'usager. Une intervention non planifiée concerne des interventions réalisées en réponse à un comportement inhabituel et par conséquent non prévu. Le comportement non prévu risque alors de mettre la personne ou autrui en danger de façon imminente et nécessite une réponse rapide.

Les mesures exceptionnelles de contrôle utilisées par la direction DDR étant planifiées sont la contention chimique, l'isolement, le maintien, la contention mécanique et parfois deux ou trois méthodes combinées. Les mesures non planifiées sont : l'isolement, le maintien, la contention mécanique et parfois également deux méthodes combinées.

Principaux constats à la DDR

- Un total de 118 mesures planifiées et non planifiées ont été appliquées au courant de l'année (84 en contexte planifié et 34 dans un contexte non planifié).
- Pour l'année 2019-2020, l'information a été colligée d'une nouvelle façon. Les données présentées représentent le nombre de procédures mises en place pour encadrer l'application des mesures dans un contexte planifié et le nombre d'usagers pour lesquels l'application d'une mesure de contrôle fut requise alors qu'aucune procédure n'avait été préalablement approuvée (contexte non planifié).
- Dans tous les milieux fréquentés par la clientèle, les mesures chimiques font l'objet d'une procédure de médication au besoin, donc l'application de cette procédure se fait nécessairement dans un contexte planifié. Pour ce qui est de l'URFI, les mesures mises en place s'appliquent dans un contexte planifié, à l'exception des mesures chimiques pouvant être appliquées dans un contexte d'urgence, donc non planifié.
- En ce qui concerne les contentions chimiques, 72 procédures sont en place dans les milieux fréquentés par la clientèle DI-DP-TSA et une mesure chimique appliquée dans un contexte non planifié en URFI. De ce nombre, 19 proviennent de la clientèle séjournant en RRIC et 53 en ressources non institutionnelles (RNI).
- Des travaux seront poursuivis afin de répertorier l'application des mesures chimiques pour l'ensemble des usagers desservis afin de faire état de l'évolution de la condition des usagers et de soutenir la recherche de causes.
- Des écarts sont observés d'une année à l'autre en lien avec la gestion de dossiers complexes et les ajustements des outils de collecte de données et de leurs modalités de fonctionnement.
- Suite aux ajustements faits dans la fiche de signalement et de ses différentes modalités, des travaux se sont poursuivis dans le but d'harmoniser la pratique en ce qui a trait aux mesures de contrôle.

- Plusieurs stratégies sont mises en place pour réfléchir, élaborer et actualiser des mesures de remplacement : mise en place et révision de plan d'intervention et plan d'action multi modale, discussion de cas en rencontre clinique pour obtenir du soutien entre les pairs, consultation clinique interdisciplinaire, suivis intensifs et actualisation des recommandations, bonification des programmations d'activités cliniques, etc.
- Un plan d'action visant la formation du personnel a été mis en place pour l'année 2020-2021.

Les priorités de la direction DDR pour l'année 2019-2020 visent les actions suivantes : procéder à la diffusion des procédures DI-DP-TSA et à la formation de l'ensemble du personnel de la direction, poursuivre l'intégration des services en continu dans une perspective d'amélioration et d'harmonisation de la pratique en ce qui concerne les mesures exceptionnelles de contrôle, mettre en place des moyens de colliger l'information concernant les stratégies alternatives à la contention et les résultats obtenus et analyser la pratique de déclaration comme contention chimique de tous les médicaments PRN administrés.

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

Enfants hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA) :

Pour les enfants hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation, les jeunes âgés entre 6 à 17 ans présentent de graves troubles du comportement ou encore des comportements délictueux. Certains jeunes desservis dans le cadre de mise sous garde peuvent être âgés de plus de 18 ans. Ils présentent des comportements de violence envers autrui, d'automutilation ainsi que des comportements à risque suicidaires qui peuvent nécessiter le recours à des mesures exceptionnelles de contrôle afin d'assurer leur sécurité ou celle d'autrui. Les jeunes y sont hébergés dans le cadre de la LPJ (Loi de la protection de la ou de la LSJPA (Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents) et exceptionnellement la LSSSS.

Pour un nombre très limité d'enfants hébergés en centre de réadaptation, des mesures de contrôle planifiées sont articulées. Les mesures planifiées s'appliquent lorsqu'une évaluation médicale de la condition de l'enfant recommande spécifiquement le recours à ces mesures et lorsque des comportements surviennent de façon récurrente chez un enfant sans que les mesures alternatives utilisées par le passé aient permis la reprise de contrôle chez celui-ci et que la mesure de contrôle devient une réponse attendue. Pour la grande majorité des enfants hébergés, les mesures de contrôle sont non planifiées, car elles répondent à une intervention réalisée en réponse à un comportement inattendu, souvent impulsif et par conséquent non prévu qui met en danger de façon imminente la sécurité de l'enfant ou celle d'autrui. En tout temps, les équipes appliquent et recherchent d'autres interventions ou des mesures alternatives (principes OMÉGA, interventions privilégiées au plan d'intervention de l'enfant, autres interventions de remplacement aux mesures de contrôle) afin que les mesures de contrôle soient utilisées qu'en dernier recours.

Enfants hébergés au CRD (Centre de réadaptation en dépendance jeunesse) :

Des mesures exceptionnelles de contrôle pourraient survenir dans le même cadre que les jeunes en CRJDA (agression, risque suicidaire...). Elles sont peu observées dans le milieu. En aucun temps, des mesures planifiées ne seraient autorisées.

Enfants en ressource de type familial :

Les mesures de contrôle ne sont pas autorisées dans ces milieux. Les désorganisations comportementales avec violence envers autrui ou envers lui-même seront les motifs pouvant justifier une mesure et des moyens alternatifs devront être envisagés afin d'éviter la récurrence de ce type de comportement.

Enfants hospitalisés :

Cette clientèle est également à risque et peut nécessiter le recours aux mesures exceptionnelles de contrôle. Les désorganisations comportementales (agressivité envers le personnel) et des mesures de protection pour idéations/propos suicidaires justifient le recours à ce type de mesures.

Pour tous les milieux, les mesures de contrôle utilisées sont : l'isolement, la contention physique, la contention mécanique (exclusive au transport dans un véhicule sécuritaire dans le cadre d'une mise sous garde LSJPA), le plan de chambre et les substances chimiques (en milieu hospitalier).

Pour l'année 2019-2020, la formation OMÉGA a été offerte à dix-sept (17) éducateurs en CRJDA et dix (10) agents d'intervention. La formation sur les troubles graves du comportement (TGC) a été offerte à dix (10) éducateurs et une formation sur l'entretien motivationnel a été donnée à sept (7) éducateurs et un spécialiste en activité clinique. La formation sur l'intervention physique sécuritaire post-Oméga a été donnée à 15 agents d'intervention (CRJDA).

Principaux constats à la DJ/DPJ

- Comparativement à l'an dernier, presque autant de jeunes sont concernés par les mesures malgré une hausse de jeunes concernés par la contention.
- Baisse significative des mesures d'isolement, soient 116 mesures de moins pour seulement trois jeunes en moins.
- Baisse importante des mesures de contention, soit 75 mesures de moins que l'an dernier malgré le fait qu'il y a plus de jeunes concernés.

Les priorités pour la direction DJ/DPJ pour la prochaine année visent à rendre conformes les procédures pour chacun des secteurs d'activité sous la responsabilité de la DJ et la DPJ incluant des modalités de comptabilisation pour les mesures de contrôle planifiées et non planifiées et augmenter le recours aux mesures alternatives et assurer une évaluation post situation rigoureuse et une analyse clinique soutenue afin que le recours aux mesures exceptionnelles de contrôle soit une mesure de dernier recours.

Direction des programmes santé mentale et dépendance (DSMD)

À la DSMD, l'usager qui fera l'objet d'une mesure de contrôle présente un comportement agressif ou violent et représente un danger pour lui-même ou autrui. Il s'agit d'une mesure de dernier recours. La clientèle présente des troubles mentaux graves, bien souvent avec des troubles fonctionnels et relationnels importants. Les personnes peuvent être désorganisées 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 de contrôle sont rarement planifiées (moins de 20% du total), en raison des éléments d'impulsivité et de crise qui sont présents au sein de la clientèle. L'utilisation du *plan proactif de mesure de contrôle* est intégrée à même le processus de cheminement clinique (à l'admission ou après la première utilisation de mesure de contrôle) et vise à améliorer le pourcentage de mesures de contrôle planifiées. De plus, 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.

D'autres mesures de remplacement existent telles que la formation du personnel pour l'intervention de crise avec l'approche Oméga et 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).

Principaux constats à la DSMD

- Un total de 356 mesures de contrôle a été répertorié dont 80 mesures planifiées et 276 non planifiées. Il est noté une baisse de l'utilisation des mesures de contrôle comparativement à l'an dernier.
- Des travaux ont été débutés avec la DSI afin d'améliorer la pratique visant à déterminer des alternatives aux mesures de contention.
- Il est observé de plus en plus que le recours à l'isolement porte-ouverte à la demande des usagers. Ils désirent diminuer les stimuli ou tout simplement se donner les moyens de prendre le contrôle. Ce type de mesure ne peut toutefois être répertorié dans les données.

Les priorités de la direction DSMD pour la prochaine année visent :

- 1) La mise en place des alternatives à l'utilisation des mesures de contrôle par la poursuite des activités de formation reliées aux mesures de contrôle et la poursuite de l'implantation du plan proactif et le suivi de la pratique;
- 2) Faire un suivi régulier des situations déclarées comme mesures de contrôle par la formation des agentes sur la saisie des formulaires de déclarations et le suivi des données du registre des mesures de contrôle.

Direction des soins infirmiers (DSI)

À la DSI, 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 elle-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 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 contention chimique.

La procédure, la déclaration et l'évaluation d'une mesure de contrôle ont été adoptées en mars 2018 alors que le formulaire de surveillance de l'application d'une mesure de contrôle a été adopté en juin 2018. Le guide d'utilisation des mesures de contrôle est actuellement en voie d'adoption. Le registre sur les mesures de contrôle a été mis à jour le 1^{er} avril 2019. Un algorithme de décision de mesures alternatives a été fait et diffusé à l'ensemble du personnel au courant de l'année.

Principaux constats de la DSI

- Un total de 364 mesures de contentions a été noté au registre.
- Environ 90% des mesures de contrôle appliquées aux soins intensifs étaient planifiées alors que sur les unités hospitalières et aux urgences, les mesures de contrôle sont non planifiées dans 80% des cas;
- Dès qu'une contention est appliquée, elle est inscrite au PTI.

Les priorités de la DSI visent à s'assurer de la connaissance de la procédure pour l'ensemble du personnel de la DSI, de la maîtrise du guide d'application d'une contention, de la connaissance de l'utilisation de l'algorithme décisionnel, la complétion du formulaire « déclaration et évaluation d'une mesure de contrôle » et procéder à la réévaluation de la contention, à favoriser davantage l'approche « Meilleur ensemble » afin d'impliquer la famille dans les soins à l'usager et de l'importance de noter toute mesure de contrôle au registre.

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 2019-2020, les Commissaires aux plaintes et à la qualité des services ont émis 35 recommandations.

Les principaux motifs de plaintes (thématiques abordées) en 2019-2020 se présentent comme suit :

- Les soins et services dispensés (34 %):
 - Compétence technique et professionnelle (habiletés techniques et professionnelles et respect du code des professions concernées)
 - Continuité (absence de suivi)
 - Respect de l'ordonnance
- L'accessibilité (13 %):
 - 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 (22 %):
 - Communication / attitude: représente 65 % de ce motif (commentaires inappropriés, manque d'empathie, commentaires discriminatoires et attitude non-verbale inappropriée)
 - Respect et manque à l'égard de la personne (manque de politesse)
- L'organisation du milieu et les ressources matérielles (19 %):
 - Absence de service ou de ressource
 - Sécurité informationnelle
 - Règles et procédures du milieu (respect des règles)
 - Stationnement
 - Hygiène et salubrité des lieux
- Droits particuliers (9 %):
 - Accès au dossier de l'utilisateur (obtention d'un formulaire complété, refus d'accès) confidentialité)
 - Droits linguistique (accès aux services en langue anglaise)
 - Droit à l'information sur les droits et recours (autre que par le Commissaire)
- La maltraitance (Loi) (1 %)*:
 - Organisationnelle: négligence (manque de soins et services)
 - Financière par un proche ou un tiers

* La donnée de 1 % représente les plaintes (signalement obligatoire ou non). Outre la reddition de comptes à l'égard des signalements obligatoires prévus dans la loi sur la maltraitance (résidents en CHSLD ou pour les usagers sous tutelle/curatelle), les données incluent les plaintes et interventions car nous recevons plusieurs signalements obligatoires ou non, de tiers qui mènent à des mesures. En fait, nous avons reçu le même nombre de plaintes que l'an dernier soit 3. Par contre, les interventions sont passées de 6 pour 2018-2019 à 23 pour 2019-2020. Donc, en 2018-2019, la maltraitance représentait 3,87 % (plaintes 0,3 % et interventions 3,57 %) alors qu'en 2019-2020, la maltraitance représente 11,58 %, une augmentation significative de 33 %.

Voici des exemples de mesures mises en place en 2019-2020 pour donner suite aux recommandations :

- Ajustement des activités professionnelles
- Encadrement des intervenants
- Protocole clinique
- Formation / supervision
- Amélioration des mesures de sécurité et protection
- Protocole clinique administratif
- Ajout de services et de ressources humaines
- Élaboration/ révision/ application de guides
- Amélioration des communications
- Politiques et règlements
- Information et sensibilisation des intervenants
- Réduction de délai
- Révision d'offre de services

- Uniformisation et harmonisation de pratiques professionnelles et d'outils
- Rappel du code d'éthique
- Production de document

Le Protecteur du citoyen

En 2019-2020, le Protecteur du citoyen a traité 7 demandes et a émis 2 recommandations à l'établissement.

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

Frais de déplacement accordés dans le cadre de la Politique de déplacement des usagers

Recommandation

- *Transmettre le document explicatif, tel que prévoit la procédure, avec le paiement des versements dans le cadre du programme de déplacement.*

Mesure :

- Un premier versement a été fait et suite à la révision des dépenses, un montant supplémentaire a été accordé.

Services dispensés dans le milieu au Centre de services ambulatoires en santé mentale

Recommandation

- *Que le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais doit prendre les moyens nécessaires afin que soient consignées rapidement et efficacement aux dossiers des usagers les notes des intervenants du suivi intensif dans le milieu au Centre de services ambulatoires en santé mentale Moussette, et ce, dans le but d'assurer le respect des normes en matière de tenue de dossier.*

Mesures :

- S'assurer que les notes soient rédigées en conformité avec le guide de rédaction de la note évolutive;
- Classer les notes SIM au dossier physique des usagers de façon hebdomadaire;
- Assurer la mise en place d'une formation pour les intervenants en SI en lien avec le guide de rédaction de la note au dossier de l'utilisateur;
Utiliser le *E-Clinibase* pour les notes évolutives du SI.

Le Coroner

Pour l'année 2019-2020, nous avons reçu 14 rapports coroner. De ce nombre, 26 recommandations ont été émises. Pour l'ensemble des rapports, quatre (4) décès sont de cause naturelle, sept (7) de nature accidentelle et trois (3) sont des décès de type suicide.

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

Rapport 2018-00411

- *D'évaluer la qualité des soins dispensés à M. X pendant son hospitalisation du 7 au 16 janvier 2018 à l'Hôpital de Papineau et l'Hôpital de Hull, notamment, mais non limitativement les examens préopératoires effectués et leur suffisance, ainsi que la décision de le transférer cinq heures après la chirurgie. (recommandation adressée au Collège des médecins et au CISSS de l'Outaouais)*

Mesure :

Un rapport a été produit par le médecin examinateur concluant que la conduite des médecins du CISSS de l'Outaouais respectait les normes de pratique. Il note, par contre, qu'il n'y a aucune information dans les ordonnances médicales sur le niveau de soin donc un rappel a été fait à cet effet.

Rapport 2018-05362

- *Recommande au comité de gestion des risques de l'Hôpital de Papineau de s'assurer que cette chute est bien documentée dans un rapport d'accident et que la prévention des chutes à l'urgence soit bien comprise.*

Mesure :

Une analyse du dossier a été réalisée et des rappels ont été émis à l'ensemble du personnel infirmier du CISSS de l'Outaouais. L'ensemble du personnel concerné a reçu une formation sur le cadre de référence ministériel encadrant la mise en œuvre de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

Rapport 2019-00042

- *Recommande au CISSSO de procéder à l'évaluation de la qualité des actes médicaux lors de la consultation de monsieur à l'urgence de l'Hôpital de Hull le 29 décembre 2018.*

Mesure :

Une rencontre du comité exécutif a eu lieu afin d'évaluer la qualité des actes médicaux. De plus, le médecin évaluateur du CISSS de l'Outaouais a examiné le dossier de l'utilisateur et a produit un rapport concluant que la norme de pratique a bien été respectée et que la conduite est conforme. De plus, ce dossier a été présenté en réunion de département d'urgence et au comité de la qualité de l'acte.

Rapport 2017-01576

- *Revoir l'analyse du dossier de monsieur et la diligence des soins lors de la consultation psychiatrique le 17 mars 2017, le suivi fait, la pertinence de la levée rapide de la garde préventive ainsi que le congé psychiatrique accordé, et apportent les correctifs requis le cas échéant.*
- *S'assurer d'organiser un suivi étroit lors du congé de tout patient ayant présenté un épisode suicidaire, en prévoyant des relances actives ainsi que des modalités de référence à un psychiatre, à une infirmière de liaison, à un autre centre de crise, à des organismes communautaires spécialisés ou à toute autre ressource susceptible d'apporter un soutien à une personne à risque de poser un geste suicidaire.*

Mesures :

Un mécanisme de prise de contact rapide et structuré a été mis en place pour assurer un suivi étroit auprès des usagers qui obtiennent un congé médical suite à une visite à l'urgence de même qu'auprès des usagers qui obtiennent un congé de l'unité de soins suite à une hospitalisation. Un mécanisme de communication est en place pour assurer une communication efficace des informations auprès d'un intervenant impliqué auprès d'un usager qui visite l'urgence ou qui est hospitalisé en psychiatrie. Des procédures ont été communiquées au personnel de la DSMD et aux membres du Département de psychiatrie. Des services intensifs sont dispensés en groupe et en individuel pour la clientèle en santé mentale ayant récemment vécu un épisode de crise.

De plus, le comité d'évaluation de l'acte médical du Département de psychiatrie a pris connaissance des recommandations, à réviser et a analysé la trajectoire de l'utilisateur. Une recommandation a été effectuée au département de psychiatrie afin d'élaborer un aide-mémoire qui permettra de mieux documenter la situation clinique et psychosociale des usagers de même que les éléments permettant la levée de la garde.

Rapport 2017-05920

- *S'assure que le personnel infirmier dans son ensemble respecte rigoureusement les principes et méthodes relatifs à l'administration des médicaments incluant la double identification du patient.*
- *S'assure que leur personnel infirmier dans son ensemble élabore pour chaque patient hospitalisé, un plan thérapeutique infirmier complet afin de faciliter le suivi de l'évolution clinique du patient hospitalisé.*

Mesures :

Un guide d'administration des médicaments destinés à tous les professionnels qui œuvrent au CISSS de l'Outaouais a été rédigé. Une règle de soins infirmiers a été élaborée, présentée au CII (Conseil des infirmiers et infirmières) et déposée sur le portail clinique. Des affiches expliquant les principes d'administration des médicaments (7 bons) ont été installées dans les salles visuelles ainsi que sur les chariots à médicaments. Il y a eu une parution dans l'Info-soins. Une liste de médicaments à haut risque nécessitant une double vérification a été installée sur chaque chariot à médicaments. Afin de s'assurer de la conformité, des audits de vérification des transcriptions manuscrites sur les feuilles d'administration des médicaments (FADM) ont été effectués et à raison de deux fois par année par la suite. De plus, lors de la rédaction et la mise à jour des plans thérapeutiques infirmiers (PTI), les infirmiers utiliseront le PTI lors de la transmission d'informations au rapport interquart. Il sera complété dès l'admission et utilisé comme outil d'information.

Rapport 2018-00849

- *D'évaluer la qualité des soins dispensés à une usagère lors de son passage à l'urgence de l'Hôpital de Gatineau, le 5 février 2018.*
- *De revoir les consignes post-traitement oncologique afin d'ajouter de ne pas demeurer seule pour une période de 24 à 48 heures après les traitements.*
- *D'établir (ou revoir) le protocole de communication des résultats d'exams urgents afin de s'assurer que l'information soit transmise sans délai aux médecins traitants.*

Mesures :

La procédure « transmission de résultats alertes ou critiques » a été révisé avec l'ajout d'une fenêtre de type « pop-up » au paramétrage du logiciel.

De plus, la signature doit désormais figurer à l'endos du tracé de l'ECG par tous les professionnels consultés.

Rapport 2019-01025

- *Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) effectue une enquête sur la qualité des soins dispensés à la Résidence de l'Île et à la Résidence Village Riviera, et prenne toutes les mesures appropriées afin qu'une telle situation ne se répète pas.*
- *Que le CISSSO donne une formation sur le « Guide de tenue de dossiers » en vigueur, à l'ensemble des infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et toute personne appelée à dispenser des soins à la Résidence de l'Île et à la Résidence Village Riviera, et fasse des vérifications sporadiques, jusqu'à ce que la situation soit régularisée et que le contenu des dossiers soit jugé satisfaisant, pour les deux résidences impliquées.*
- *Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) revoie le processus de communication lors d'un transfert interétablissement ou vers une RPA afin de s'assurer que toute l'information pertinente est transmise en temps opportun.*
- *Que le Comité de Vigilance de la Qualité enquête sur la qualité des soins dispensés en général à la Résidence de l'Île et la compétence de son personnel et prenne les mesures correctrices nécessaires.*

Mesures :

Un plan d'amélioration continue de la qualité a été élaboré comprenant trois objectifs :

- 1) Assurer une vigie régulière auprès de la résidence privée: Élaboration d'un plan avec la résidence, formation d'un comité interdirections sur les RPA, élaboration d'un registre « État de situation-certification des résidences privées pour aînés-suivi de la qualité des services, offrir une formation au personnel des RPA sur les procédures de transfert de l'information et sur la tenue de dossiers, exécuter une enquête à la Résidence sur la qualité des soins dispensés à la RPA, demande d'inspection à l'ordre des infirmiers et infirmières, présentation pour adoption du PACQ au Comité de vigilance et de la qualité (CVQ);
- 2) Instaurer une trajectoire fluide lors du congé d'un usager du centre hospitalier vers la communauté et en assurer une vigie : Effectuer une expertise clinique dans le dossier de l'usager, élaboration d'une trajectoire de suivi obligatoire au congé d'un centre hospitalier pour les usagers en suivis intensifs dans la communauté, mise en place d'une équipe de liaison interdisciplinaire en support et en suivi intensif pour les usagers niveau de soins alternatifs (NSA), rappel en lien avec les responsabilités professionnelles et mettre en place une professionnelle en soins infirmiers en charge des suivis de tous les usagers en NSA;
- 3) Assurer une communication efficace lors de l'intégration d'un usager en RPA : élaborer une fiche d'identification des usagers, effectuer une visite pré-congé et des visites lors du retour dans le milieu de vie, élaborer une fiche de départ et une procédure sur le transfert de l'information entre le personnel du CISSS et les RPA.

Rapport 2019-01548

- *Recommande à la Direction générale du CISSSO de poursuivre ses efforts pour améliorer la qualité des soins et services dispensés par les RPA, en particulier par un suivi régulier et rigoureux de leur certification.*

Mesures :

Un registre intitulé : « État de situation/Certification des résidences privées pour aînés/Suivi de la qualité des services » a été élaboré en vue d'assurer une vision globale du suivi de la qualité et de la certification dans l'ensemble des RPA de l'Outaouais. Des visites d'inspection ont été instaurées par le personnel du CISSS de l'Outaouais et des plans d'amélioration ont été élaborés, le cas échéant, tant pour respecter la réglementation de la certification que pour assurer la qualité des soins et services offerts dans les RPA;

Un comité interdirections sur les RPA a été créé afin de mettre en place des mécanismes de transfert, de collaboration et de mettre en commun les ressources des directions du CISSS de l'Outaouais;

Une équipe de liaison interdisciplinaire en support plus intensif et rapide dans les RPA a été mise en place pour tous les usagers qui quittent le milieu hospitalier. Une procédure intitulée : « Procédure à suivre pour les usagers en suivis intensifs » a été mise en œuvre permettant d'encadrer la communication entre le personnel du soutien à domicile et celui des RPA;

Des trajectoires de suivi obligatoire pour les usagers nécessitant un suivi intensif post hospitalisation ont été instaurées afin d'assurer les services requis lors d'un transfert;

Des formations pour le personnel des RPA sont actuellement en préparation par le CISSS de l'Outaouais afin de consolider certaines mesures, notamment concernant le transfert de l'information.

Rapport 2016-01844

- *De réviser la qualité de l'acte médical prodigué au patient, à l'urgence de l'Hôpital Mémemorial de Wakefield.*

La revue du dossier a été effectuée. Des recommandations ont été émises, mais celles-ci ont été portées en appel au Coroner en chef.

Rapport 173344

- *Se pencher sur la formation concernant la reconnaissance des positions fœtales en pré-péri-natal;*
- *Se pencher sur la formation concernant la réanimation néonatale étant donné les difficultés manifestes de l'intubation dans ce cas;*
- *Se pencher sur la pertinence d'accepter l'aide des ambulanciers sur place de façon précoce afin d'accélérer le transfert vers le centre hospitalier.*

Mesures :

Un plan a été élaboré incluant les actions mises en place depuis la révision détaillée faite par le Conseil des sages-femmes. Les recommandations de cette révision encadrent désormais la pratique de réanimation de façon plus formelle et ont permis de mettre en place un plan de formation prévu annuellement incluant des plages horaires de temps pratique hebdomadaire.

De plus, l'implantation de la méthode AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) oblige la mise en place d'un registre de pratique et de certification officielle aux deux ans, ce que les sages-femmes suivent de façon rigoureuse. De plus, depuis 2018, les sages-femmes participent à une formation spécialisée sur le siège avec une sage-femme et chercheuse britannique, Dre Shawn Walker. Le comité de pairs a analysé ce dossier. Des échanges sont également mis en pratique lors des ateliers AMPRO.

Rapport 2019-02090

- *Je recommande au CISSSO de revoir la qualité du suivi et des soins offerts à M. X de février à avril 2019.*

Mesure :

Un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) a été élaboré avec les mesures suivantes : évaluation du risque suicidaire lors de chaque rencontre avec l'utilisateur, utilisation de la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte, formation donnée sur l'intervention auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques. Lors d'absence non prévue, l'intervenant doit remettre la liste des usagers à risque à la coordonnatrice, l'intervenant au guichet doit communiquer avec ces usagers pour réévaluer le risque et doit consulter les notes au dossier.

Rapport 2019-00485

- *Je recommande à la Directrice de la Qualité, évaluation, performance et éthique du CISSSO de revoir ce dossier, en particulier les circonstances de la chute et peut-être l'intoxication au Cardizem;*
- *Je recommande au service de la pharmacie de l'hôpital de Gatineau (CISSSO) de revoir la médication prescrite de Mme X; est-on dans une intoxication ou un effet adverse du Cardizem.*

Mesure :

Une analyse clinique a été produite par la Direction des soins infirmiers, de même qu'une analyse de la pharmacie. Les conclusions ont été transmises au coronar.

Rapport 2018-00772

- *La création d'un registre central dans lequel des fiches « patient » seront créées et l'information sur les services dispensés sera colligée afin qu'un intervenant, ou à tous le moins un chef de service, puisse savoir si ce patient reçoit des services de plusieurs départements et ainsi leur permettre de les contacter au besoin et favoriser une intervention concertée. Bien entendu, les informations contenues au dossier de chaque service ne doivent pas figurer dans ce registre et conserver un caractère confidentiel.*

Mesures :

Le CISSS de l'Outaouais collabore au projet provincial d'implantation d'un dossier unique informatisé. L'implantation est prévue d'ici 2028. Les professionnels ont également accès aux informations contenues dans l'application provinciale : Dossier Santé Québec.

Localement, un registre des Grands Utilisateurs a été créé dans le milieu des urgences. Lorsqu'un usager effectue cinq visites à l'urgence ou trois hospitalisations au cours de l'année, il est automatiquement inscrit au registre.

Une procédure intitulée « *Confidentialité et accès aux documents* » : *Volet dossier de l'utilisateur (PRO-073)* a été adoptée par le comité de coordination clinique le 20 février 2018 permettant ainsi l'échange d'informations.

Rapport 2018-00686

- *Examine le dossier médical, l'offre de vaccination et la prise en charge pour la période de novembre 2017 – janvier 2018 d'un usager à sa résidence de type familial;*
- *S'assure que le personnel engagé dans les ressources de type familial et intermédiaire (RTF et RI) complète un rapport quotidien détaillé pour chaque résident afin de permettre de suivre l'évolution clinique et les soins administrés;*
- *S'assure que les intervenants sociaux responsables des dossiers des usagers dans les ressources de type familial fassent le suivi avec les propriétaires ou le médecin traitant, le cas échéant, pour assurer la vaccination contre l'influenza et les autres infections respiratoires notamment le pneumocoque, lorsqu'applicable.*

Mesures :

L'examen du dossier médical, l'offre de vaccination et la prise en charge de novembre 2017 à janvier 2018 ont été réalisés. De plus, un plan d'amélioration continue de la qualité a été réalisé par la direction responsable du suivi des recommandations.

Les autres instances

Les Médecins examinateurs

En 2019-2020, les médecins examinateurs ont émis 7 recommandations.

- *Que le service de pédopsychiatrie adopte une procédure permettant qu'un enfant ou un adolescent nécessitant une consultation et/ou une admission d'urgence en pédopsychiatrie puisse être vu directement par le pédopsychiatre ayant accepté de le voir lorsqu'il a directement été contacté par un omnipraticien ou pédiatre de la communauté. L'enfant devrait avoir une demande de consultation en main et avoir été examiné par son médecin pour exclure un problème d'ordre physique ou toxicologique. L'utilisation des médecins d'urgence de Gatineau comme prescripteur d'un simple papier de consultation n'est pas une solution valable pour les usagers. Si un enfant doit passer par le médecin d'urgence, le pédopsychiatre doit demander au médecin référent de la communauté, lors de l'appel, de faire une consultation au médecin d'urgence pour préciser la raison et le but de la consultation à l'urgence, et ce, d'ici au 30 juin 2020.*

- *Que le département de gynécologie-obstétrique du CISSS de l'Outaouais et le service d'obstétrique de l'Hôpital de Shawville créent un comité qui analysera l'offre de service de proximité en obstétrique dans le Pontiac et sa performance en regard des normes de pratiques pour les milieux ruraux québécois et émette une recommandation au CISSS de l'Outaouais. Toute offre de service doit prioriser en tout temps la qualité des soins et la sécurité des usagers. La santé maternelle et fœtale doit toujours être au centre de nos préoccupations. Que les directions cliniques concernées participent aux discussions et adoptent les recommandations du comité médical cité ci-haut.*
- *Que le service d'urgence du Pontiac adopte un Règlement de régie interne avant le mois de juin 2020.*
- *Que les feuilles de transfert concernant les usagers des urgences de Hull et Gatineau soient consignées au dossier comme faisant partie intégrante du dossier médical, rendant ainsi ces feuilles accessibles au personnel infirmier et à l'équipe traitante, et ce d'ici au 2 décembre 2019.*
- *Que le CISSS de l'Outaouais trouve des solutions alternatives à l'hospitalisation et améliore l'accessibilité aux ressources d'hébergement disponibles dans la communauté pour les usagers aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants.*
- *Que le CISSS de l'Outaouais adopte un système de gestion de la transmission des requêtes et des résultats d'examen incluant des fonctions de traçabilité transactionnelles.*
- *Que le département d'urgence révise le dossier G351259 – visite du 18 octobre 2017 et fasse un rappel à ses membres sur le syndrome du long QT dans le diagnostic différentiel des syncopes, ainsi que l'importance d'un monitoring cardiaque adéquat.*

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

- Réduction de délai.
- Ajout de services et de ressources humaines.

Les Ordres professionnels

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

En juin 2019, l'ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) a procédé à une visite d'inspection professionnelle aux Centres hospitaliers de Gatineau et de Hull. La visite s'est déroulée à l'unité de soins du 7^e Nord de l'hôpital de Gatineau où on trouve la Médecine interne, la Gastro-entérologie, la Chirurgie générale, l'ORL et l'Urologie et à l'unité de soins du 7^e Est de l'hôpital de Hull où se trouve la Médecine interne, la Gastro-entérologie, l'Endocrinologie et les Soins palliatifs occasionnels.

Voici la liste des principales recommandations

Concernant le 7^e Nord de l'hôpital de Gatineau

- *S'assurer que les activités de surveillance pour les clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC) soient effectuées au moment opportun;*
- *S'assurer d'obtenir toutes les données issues des activités de surveillance déléguées à l'équipe de soins pour détecter tout signe de détérioration à la suite d'une chute;*
- *Consigner au dossier des notes d'évolution selon les règles légales de documentation;*
- *Apposer les initiales sur la feuille d'administration des médicaments (FADM) après avoir administré les médicaments;*

- Déterminer un plan thérapeutique infirmier (PTI) pour les clients nécessitant un suivi infirmier et les mettre à jour au moment opportun.

Concernant le 7^e Est de l'hôpital de Hull

- Évaluer de façon pertinente, et assurer le suivi requis pour tous les clients présentant une détérioration de l'état de santé au moment opportun;
- Intervenir de façon sécuritaire et au moment opportun lorsqu'un client présente une détérioration de son état de santé :
 - Respecter les procédures de soins en vigueur dans l'établissement
 - Respecter les mesures additionnelles de prévention des infections mises en place;
- Mettre en place des moyens efficaces pour communiquer toutes les informations pertinentes auprès de l'équipe de soins, incluant la mise à jour du plan de traitement afin d'assurer la continuité des soins des clients dont l'état de santé se détériore et s'assurer de la confidentialité des données au moment du partage des informations;
- Assurer le suivi infirmier des clients requérant une mesure de contrôle :
 - Mettre en place des mesures de remplacement à l'utilisation d'une mesure de contrôle et n'utiliser cette dernière qu'en dernier recours
 - Procéder à une évaluation pertinente ainsi qu'à la surveillance requise des clients nécessitant une mesure de contrôle
 - Intervenir afin de prévenir tout préjudice aux clients
 - Communiquer les informations requises auprès du personnel soignant afin d'assurer la continuité des soins;
- Rédiger des notes d'évolution pertinentes qui assurent la traçabilité de l'ensemble de la démarche de soins infirmiers en respectant les règles de documentation;
- Déterminer le PTI pour tous les clients nécessitant un suivi infirmier prioritaire et le mettre à jour au moment opportun.

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

- Réalisation de capsules par les conseillères en soins infirmiers portant sur les paramètres à surveiller, la fréquence et la durée de la surveillance;
- Audits sur la fréquence et la durée de surveillance lors d'administration d'un dépresseur SNC et l'administration de sédation analgésie;
- Audits avec grille de la pratique organisationnelle requise de la prévention des chutes;
- Audits de dossiers pour vérifier le respect des règles légales de documentation et la diffusion des résultats;
- Transformation de la note abrégée par une note de type hybride;
- Formation des infirmières et infirmiers sur la tenue de dossier;
- Audits sur les habitudes de signatures des FADM;
- Audits de dossier pour évaluer la qualité et la pertinence du contenu avec la condition clinique de l'utilisateur;

- Implantation d'un outil de détection précoce de la détérioration d'un patient;
- Création d'un « mur clinique » où se retrouvent les aide-mémoire et les cheminements cliniques;
- Création d'une capsule vidéo pour les meilleures pratiques en lien avec les soins de cathéter veineux centraux;
- Formation sur plateforme ENA « hygiène des mains et contrôle des infections » pour tout le personnel infirmier;
- Audits sur la confidentialité;
- Audits sur le respect du protocole de réduction des mesures de contrôle;
- Révision des outils de documentation pour soutenir les infirmières et infirmiers et faciliter le suivi clinique;
- Formation exigée pour l'ensemble des infirmières sur le PTI en ligne portant sur la découverte du plan thérapeutique infirmier et capsule clinique médecine.

Ordre des inhalothérapeutes du Québec

Du 20 novembre au 3 décembre 2019, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec a visité le CISSS de l'Outaouais. Les visites se sont déroulées au CLSC de la Vallée-de-la-Lièvre, dans les centres hospitaliers de Maniwaki, Gatineau et Hull et les secteurs des soins à domicile, direction SAPA secteur Ouest (Hull/Aylmer) et secteur Est (Gatineau).

Lors de cette visite, les compétences suivantes étaient analysées :

- 1- Communiquer efficacement dans son contexte professionnel
- 2 - Appliquer les modalités d'utilisation des dispositifs médicaux
- 3 - Appliquer les mesures préventives d'asepsie, de santé et de sécurité
- 4 - Préparer, administrer, ajuster des médicaments ou autres substances
- 5 - Évaluer la condition cardiorespiratoire
- 6 - Effectuer des épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire
- 7 - Prodiger des soins cardiorespiratoires généraux
- 8 - Optimiser l'assistance ventilatoire
- 9 - Effectuer l'assistance anesthésique
- 10 - Déterminer et instaurer les plans de soins
- 11 - Déterminer et instaurer des processus de gestion
- 13 - Agir avec professionnalisme

Voici la liste des principales recommandations

- *Amélioration des communications*
- *Optimisation des techniques (assistance ventilatoire, assistance anesthésique et ajustement de médicaments)*
- *Amélioration des modalités d'utilisation des dispositifs médicaux et des mesures préventives d'asepsie*

Mesure mise en place pour donner suite aux recommandations

Un plan d'action détaillé a été mis en place.

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 2019 au 31 mars 2020) :

	Mission CH	Total Missions
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	994	994
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	150
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	135	135
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présenté au tribunal par l'établissement	Sans objet	391
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécuté (incluant renouvellement d'une garde autorisée)	350	350

Veillez noter qu'il n'y a eu aucune mise sous garde pour les missions CHSLD, CLSC et CR en 2019-2020 dans notre établissement.

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

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

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

5.5 L'information et la consultation de la population

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 2019-2020, plus de 86 personnes ont participé aux séances lors de la tournée annuelle publique d'information qui a eu lieu du 7 au 22 octobre 2019 dans les réseaux locaux de services suivants : Pontiac, Vallée-de-la-Gatineau, Gatineau, Vallée-de-la-Lièvre et Petite-Nation et des Collines-de-l'Outaouais. 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 leur est adressée.

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 citoyen.

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

Il est également possible de communiquer avec le bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour une demande d'assistance.

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

*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 et la majorité de ses dispositions sont entrées en vigueur le 10 décembre 2015. Elle vise 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 (DMA). 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), ainsi que la formulation des DMA.

Suite au jugement Baudoin de la Cour supérieure du Québec du 11 septembre 2019 dans la cause *Truchon c. Procureur général du Canada*, les dispositions de la loi québécoise qui demandaient que la personne soit en fin de vie et du Code criminel exigeant que la mort naturelle soit devenue raisonnablement prévisible ne devaient plus être opérants à compter du 11 mars 2020. Suite à une demande du gouvernement canadien, la Cour supérieure du Québec lui a accordé une extension jusqu'en juillet 2020 pour modifier le Code criminel (projet de loi C-7).

Les modifications législatives qui découleront éventuellement de cette décision auront pour conséquence l'élargissement de l'accès à l'AMM à des personnes qui ne pouvaient pas s'en prévaloir auparavant. Pour se conformer à ce jugement, le gouvernement fédéral a déposé le projet de loi C-7 qui est toujours en étude au parlement au moment de la rédaction de ce rapport.

Au cours de la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020 :

- Au total, 2 988 patients ont bénéficié des soins de fin de vie au CISSS de l'Outaouais, soit une augmentation de 6,3 % par rapport à 2018-2019.
- 2 906 patients ont bénéficié des soins palliatifs, soit une augmentation de 5,7 % par rapport à 2018-2019.
- 46 sédations palliatives continues ont été administrées, soit une augmentation de 27,8 % par rapport à 2018-2019. Cette augmentation s'explique par une augmentation de sédations palliatives continues administrées dans les CHSLD, où elles se sont multipliées par deux. Elles demeurent cependant sous-déclarées dans leur ensemble.
- 36 AMM ont été administrées au cours de cette période, soit une augmentation de 28,6 % si on compare à 2018-2019. Si les AMM administrées en centre hospitalier sont restées relativement stables (23 cette année et 22 l'année passée), les AMM administrées à domicile sont passées de 5 à 11 et 3 AMM ont été administrées dans les CHSLD alors qu'il n'y en avait pas eu en 2018-2019. Les trois maisons de soins palliatifs de l'Outaouais demeurent non-réceptives à l'administration de l'AMM.
- Tout comme en 2018-2019, 12 AMM ont été formulées, mais n'ont pas été administrées : 3 patients ne répondaient pas aux critères au moment de l'évaluation, 3 ont retiré leur demande ou ont changé d'avis, 2 sont décédés avant l'administration de l'AMM, un patient a été transféré dans un autre établissement et pour 3 autres patients, la raison du retrait n'est pas connue.
- Notons aussi que plusieurs autres demandes officieuses d'AMM ont été évaluées, mais non formalisées par le demandeur.

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

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre total de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs en centre hospitalier de courte durée pour la période du 2019-04-01 au 2020-03-31	1003				1003
	Nombre total de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour la période du 2019-04-01 au 2020-03-31		181			181
	Nombre total de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs à domicile pour la période du 2019-04-01 au 2020-03-31			1231		1231
	Nombre total de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs en maison de soins palliatifs pour la période du 2019-04-01 au 2020-03-31				491	491
Total du nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie						2906
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées :	31	10	0	5	46
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées :	26	3	19	0	48
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées :	22	3	11	0	36
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs associés :	4	0	8	0	12
	Personne transférée vers un autre établissement	1	0	0	0	
	Personnes ont retiré leur demande/ont changé d'avis	0	0	3	0	
	Personnes décédées avant l'administration	0	0	2	0	
	Personne ne répondait pas aux conditions au moment de l'évaluation	0	0	3	0	
	Non connu	3	0	0	0	

7. LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 Les ressources humaines du CISSS de l'Outaouais

Répartition de l'effectif par catégorie de personnel

11045218 – CISSS de l'Outaouais

	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2 678	2 206
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 765	2 102
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 465	1 255
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 184	1 893
5 - Personnel non visé par la loi 30	65	58
6 - Personnel d'encadrement	303	302
Total	9 460	7 816

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

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

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

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

11045218 - CISSS de l'Outaouais	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars		
	2019-03-31 au 2020-03-28		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	532 817	9 613	542 429
2 - Personnel professionnel	2 312 924	20 331	2 333 255
3 - Personnel infirmier	3 955 691	305 224	4 260 915
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	6 440 464	309 802	6 750 266
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 342 833	47 082	1 389 914
6 - Étudiants et stagiaires	21 331	93	21 423
Total 2019-2020	14 606 059	692 144	15 298 203
Total 2018-2019			15 023 068

Cible 2019-2020

Écart

Écart en %

15 224 423

73 780

0,5%

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 :

- Les inondations au printemps 2019 qui ont contribué au dépassement des heures prévues;
- L'augmentation des heures travaillées régulières qui étaient effectuées par de la MOI.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Tableau : Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	16 245 941 \$	1,84%	18 417 227 \$	1,94%	2 171 286 \$	13,37%
Services généraux - activités cliniques et d'aide	42 118 341 \$	4,77%	48 076 284 \$	5,07%	5 957 943 \$	14,15%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	131 924 759 \$	14,93%	136 107 407 \$	14,37%	4 182 648 \$	3,17%
Déficiences physique	30 149 403 \$	3,41%	32 518 547 \$	3,43%	2 369 144 \$	7,86%
Déficiences intellectuelle et TSA	40 593 651 \$	4,59%	46 811 564 \$	4,94%	6 217 913 \$	15,32%
Jeunes en difficulté	58 272 099 \$	6,59%	61 067 883 \$	6,45%	2 795 784 \$	4,80%
Dépendances	4 919 848 \$	0,56%	6 356 596 \$	0,67%	1 436 748 \$	29,20%
Santé mentale	57 154 840 \$	6,47%	61 369 788 \$	6,48%	4 214 948 \$	7,37%
Santé physique	333 723 802 \$	37,76%	356 166 082 \$	37,59%	22 442 280 \$	6,72%
Programmes soutien						
Administration	52 643 069 \$	5,96%	55 343 826 \$	5,84%	2 700 757 \$	5,13%
Soutien aux services	63 454 144 \$	7,18%	68 634 607 \$	7,24%	5 180 463 \$	8,16%
Gestion des bâtiments et des équipements	52 665 664 \$	5,96%	56 507 696 \$	5,96%	3 842 032 \$	7,30%
Total	883 865 561 \$	100,00%	947 377 507 \$	100,00%	63 511 946 \$	7,19%

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.

La performance financière

Les travaux d'amélioration de la performance financière au CISSS de l'Outaouais font partie d'une démarche d'analyse structurée depuis quelques années. En nous comparant aux autres établissements du Québec, nous accompagnons les directions à tendre vers les meilleures pratiques afin d'assurer l'amélioration continue de nos soins et services sociaux. Ainsi, chaque direction identifie les plans d'action nécessaires pour améliorer leur performance financière, menant parfois à des économies financières et/ou à des gains d'efficacité et d'efficacité dans leurs processus. Ces plans d'action sont mis à jour en continu afin d'assurer l'utilisation judicieuse de nos ressources. De plus, cette démarche s'inscrit dans le

déploiement du financement axé sur le patient (FAP) effectué par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce mode de financement est étroitement lié au projet du coût par parcours de soins et de service (CPSS), déployé actuellement par tous les établissements du réseau, qui servira également à renchérir notre démarche d'amélioration continue.

8.2 L'équilibre budgétaire

Le résultat global de l'année financière se termine avec un surplus de 5 318 468 \$ présenté de la façon suivante :

- Fonds d'exploitation : surplus de 5 174 850 \$
- Fonds d'immobilisations : surplus de 143 618 \$

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

8.3 Les contrats de services

Les contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2020, sont les suivants :

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	13	801 741,74 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	107	20 735 990,55 \$
Total des contrats de services	120	21 537 732,29 \$

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

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

9. 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 2020

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 2020		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport à la gouvernance						
1.1 CSSS de Gatineau : Environnement informatique Lors de notre audit, nous avons constaté certains points de contrôle informatique qui mériteraient d'être revus ou renforcés. 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)	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 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 autres 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 +	X		
1.2 CSSS de Gatineau, CSSS Papineau (2014) Utilisateurs à hauts privilèges Il existait huit (8) comptes à hauts privilèges (« accès à tout ») dans	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.	X		

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.			Pour le réseau, suite à l'unification du domaine CISSSO à la fin février, la procédure 066 prend donc plein effet quant aux normes d'accès privilégiés. Le CISSSO effectuera des révisions d'accès sur une base périodique et au besoin pour s'assurer que les accès aux systèmes sont donnés uniquement à des utilisateurs qui en ont besoin.			
<u>1.3 CSSS de Gatineau, CSSS des Collines (2013) et CSSS 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 des accès dans les applications.	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		

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.						
<u>1.4 CISSS de Gatineau, CISSS de Papineau et CISSS du Pontiac (2015) :</u> 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; • l'approbation des modifications apportées par le personnel	2015-16	O	La procédure sera rédigée et terminée pour ensuite être approuvée. Celle-ci supportera le manuel de processus de gestion des changements.			X

exercice terminé le 31 mars 2020

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.					
1.5 Paramètres de mots 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 complexes; et - L'historique des mots de passe conserve seulement les 2 derniers mots de passe. Recommandations Nous recommandons à l'Établissement que les paramètres de mots de passe suivants soient appliqués: - Complexité des mots de passe : activée - Historique des mots de passe : 12 - Expiration des mots de passe : 30 à 90 jours	2016-17	O	La procédure de gestion des mots de passe a été publiée pour l'ensemble des applications ainsi que les paramètres de gestion des mots de passe. Suite à l'unification du domaine CISSSO complétée depuis la fin février, l'activation du compte réseau LDAP est à compléter par le pilote de l'application ou le fournisseur. Démarches seront complétées en 2020-2021. (Travaux d'arrimage des nouveaux comptes Windows et bascule vers le LDAP)		X
1.6 Paramètres de mots de passe de l'application GRF et de sa base de données Des faiblesses ont été notées au niveau des mots de passe : <u>Application GRF</u> Nous recommandons à l'Établissement que les paramètres de mots de passe suivants soient appliqués:	2016-17	O	La procédure de gestion des mots de passe a été publiée pour l'ensemble des applications ainsi que les paramètres de gestion des mots de passe. Suite à l'unification du domaine CISSSO complétée depuis la fin février, l'activation du compte réseau LDAP est à compléter par le pilote de l'application ou le fournisseur.		X

exercice terminé le 31 mars 2020

- Complexité des mots de passe : activée			Démarches seront complétées en 2020-2021. (Travaux d'arrimage des nouveaux comptes Windows et bascule vers le LDAP)			
1.7 Paramètres de mots de passe de l'application GRM et de sa base de données Des faiblesses ont été notées au niveau des mots de passe : <u>Application GRM</u> - L'historique des mots de passe ne conserve seulement que le dernier mot de passe; - L'expiration des mots de passe est à 99 jours Nous recommandons à l'Établissement que les paramètres de mots de passe suivants soient appliqués: - Historique des mots de passe : 12 - Expiration des mots de passe : 30 à 90 jours	2016-17	O	La procédure de gestion des mots de passe a été publiée pour l'ensemble des applications ainsi que les paramètres de gestion des mots de passe. Suite à l'unification du domaine CISSSO complétée depuis la fin février, l'activation du compte réseau LDAP est à compléter par le pilote de l'application ou le fournisseur. Démarches seront complétées en 2020-2021. (Travaux d'arrimage des nouveaux comptes Windows et bascule vers le LDAP)		X	
1.8 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	L'administrateur de base de données est en fonction. Un autre employé est en mesure de couvrir en partie les tâches de l'administrateur de la base de données. Un service de surveillance en impartition est réquisitionné en cas d'absence prolongée de l'administrateur de base de données. L'aspect des ressources humaines est complété. La procédure de gestion d'accès pilote (DBA ou administrateur) à la base de données sera produite cette année pour approbation à l'hiver 2020-2021.		X	

exercice terminé le 31 mars 2020

1.9 Révision des accès-GRF Les révisions des utilisateurs de l'application GRF et 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 a été rédigée. Cette révision permanente a pour objectif de s'assurer que les employés ont les accès dont ils ont strictement besoin dans le cadre de leur travail. Cette procédure précise les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la (les) personnes responsable(s). Cette procédure est applicable également aux personnes ayant des accès privilégiés. Suite à la recommandation de l'an dernier, une révision complète a eu lieu le 4 novembre 2019 et est maintenant appliquée sur une base permanente (incluant les arrivées et départs du personnel).	X	
1.10 Révision des accès - GRH Les révisions des utilisateurs de l'application GRH et de sa base de données ne sont pas formelles et ne sont pas documentées. Nous recommandons à la direction de documenter formellement la révision en ce qui concerne l'application GRH ainsi que sa base de données.	2018-19	O	Une procédure formelle de révision des accès des employés qui ont un accès au système GRH a été rédigée. Cette révision avait pour objectif de s'assurer que les employés ont les accès dont ils ont strictement besoin dans le cadre de leur travail. Cette procédure précise les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la (les) personnes responsable(s). Cette procédure est applicable également aux personnes ayant des accès privilégiés. Malgré le processus en place, une documentation formelle de la révision des accès sera effectuée (création d'un répertoire où sont consignés tous les suivis de révision faits auprès des	X	

exercice terminé le 31 mars 2020

			gestionnaires). Cette documentation formelle sera appliquée à titre d'élément probant en 2020-2021.			
1.11 Révision des accès - GRM Les révisions des utilisateurs de l'application GRM et de sa base de données ne sont pas formelles et ne sont pas documentées. 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 a été rédigée. Cette révision avait pour objectif de s'assurer que les employés ont les accès dont ils ont strictement besoin dans le cadre de leur travail. Cette procédure précise les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la (les) personnes responsable(s). Cette procédure est applicable également aux personnes ayant des accès privilégiés. Malgré le processus en place, une documentation formelle de la révision des accès sera effectuée (création d'un répertoire où sont consignés tous les suivis de révision faits auprès des gestionnaires). Cette documentation formelle sera appliquée à titre d'élément probant en 2020-2021.		X	
1.12 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, sous la forme d'une annexe à la procédure actuelle, 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			X

			procédure sera aussi applicable aux personnes ayant des accès privilégiés.			
1.13 Accès privilégiés Plusieurs utilisateurs ont des accès privilégiés dans les applications GRF et GRM et n'en ont pas besoin pour accomplir leurs tâches journalières. Nous recommandons à l'Établissement de réviser les accès octroyés afin de restreindre les accès privilégiés aux employés qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches journalières. Nous recommandons également de revoir la ségrégation des tâches pour la révision des utilisateurs.	2018-19	O	Liste des personnes ayant des accès privilégiés au système GRF et GRM est maintenant restreinte et à jour. Les gestionnaires des employés ayant des accès privilégiés sont interpellés sur une base régulière afin de valider les besoins réels des employés, et ce, conformément aux tâches qu'ils ont à accomplir dans le système GRF ou GRM. Révision des accès privilégiés conformément à la procédure de révision des accès sur une base périodique. Une ségrégation des tâches sera complétée afin de distinguer l'octroi des accès et la révision de ceux-ci.		X	
1.14 Engagements contractuels 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 a rencontré les approvisionnements en août 2019 et le secteur des RI-RTF en septembre 2019 et janvier 2020 afin de les former aux exigences de l'annexe 11 du manuel de gestion financière qui traite des engagements contractuels. D'autres rencontres auront lieu à l'automne 2020.		X	

1.15 Accès du fournisseur Le fournisseur Logibec a accès en tout temps aux environnements de production des applications GRM et GRF. L'établissement n'a pas mis en place de mécanismes de détection des activités de son fournisseur de services. Cependant, une politique de gestion des accès fournisseur a été mise en place et fait en sorte que Logibec doit demander au CISSSO l'accès à l'environnement de production. Nous recommandons à l'Établissement d'activer les connexions VPN des firmes sur demande seulement afin de monitorer les accès et les changements effectués par la firme externe.	2019-20	O	Un avis de se conformer à la procédure sera notifié aux intervenants ainsi qu'au fournisseur. Un audit de l'équipe de sécurité de l'information sera fait à la fin juillet 2020 afin de s'assurer que le processus est en place et respecté.			X
1.16 Approbation des feuilles de temps Lors de notre audit, nous avons constaté que certaines feuilles de temps (horaires) ne sont pas approuvées par un niveau hiérarchique approprié (Chef de direction ou Superviseur ou l'équivalent) mais plutôt par des technicien(ne)s ce qui va à l'encontre de la politique établie à cet égard depuis la fusion des bases de données en 2018-2019. Nous recommandons à la direction de revoir la liste des utilisateurs ayant le pouvoir d'approbation des horaires dans le système Logibec afin de s'assurer que les employés qui ont la possibilité d'approuver les horaires dans le système en ont l'autorité selon la politique en place.	2019-20	O	Une liste des personnes n'ayant pas de pouvoir d'approbation (techniciens et ACSI) a été dressée en décembre 2019. Le service de la paie procédera au cours des prochains mois à la validation de celle-ci auprès de leurs supérieurs et sensibilisera ces derniers à l'importance que l'autorisation des feuilles de temps soit faite par les personnes ayant le pouvoir d'autorisation. À la suite de ces interventions, une mise à jour sera faite au niveau des profils de techniciens pour retirer le pouvoir d'approbation et le profil des personnes avec dérogation sera documenté s'il y a lieu.			X
1.17 Documentation des contrôles clés de la révision de la paie Lors de l'audit, nous avons constaté que plusieurs contrôles clés sur le cycle de la paie, notamment la validation de rapports d'exception (P1105, P1004 &	2019-20	O	Les travaux de validation des rapports seront maintenant documentés avec le nom des personnes ayant procédé à la validation paie par paie et consignés dans un répertoire.			X

P1193) visant à s'assurer que la paie ne contienne pas d'erreur, ne font pas l'objet d'un processus formel et documenté pour s'assurer que les contrôles ont été appliqués uniformément sur toute la période financière. Nous recommandons à la direction de documenter le processus de la paie incluant l'identification des contrôles clés et de s'assurer de maintenir une documentation supportant que tous les contrôles jugés nécessaires par la direction ont été appliqués et effectués avant le traitement final de la paie.			Une procédure qui décrit le processus de la paie a été rédigée au printemps 2020. Celle-ci sera diffusée au sein de l'équipe et mise à jour avec les contrôles clés en 2020-2021. Elle servira de base à la formation des nouveaux et de référence pour les plus expérimentés.			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
2.1 6060 & 6160 (CISSS Outaouais) Soins inf. personnes en perte d'autonomie et soins d'assistance des personnes en perte d'autonomie. Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que la définition de l'unité de mesure donnée dans le manuel de gestion financière était 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.	2017-18	O	Pour la première partie de la recommandation, l'agente de gestion financière de la direction SAPA a rencontré le comité de gestion pour s'assurer de la compréhension des unités des unités de mesure et une vigie au niveau de l'entrée de données. Pour la deuxième partie, il a été décidé d'harmoniser le processus de travail au niveau du CISSSO et d'entrer les congés directement dans SICHELD. Donc, le rapport des congés temporaires pourra être produit selon la demande du ministère sans avoir à faire de manipulation manuelle avec Médipatient dont les données ne sont pas toujours justes. Les procédures décrites ci-dessus ont été mises en place, cependant, considérant la situation de la pandémie de COVID-19, les audits des unités de mesure n'ont pas été effectués au cours de cette année. Une évaluation est prévue lors de l'audit 2020-2021.		X	

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.						
2.2 7062 - Cancérologie (Hôpital de Gatineau) Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que les gestionnaires du centre d'activités de cancérologie n'étaient pas en mesure d'enregistrer adéquatement les unités de mesure de leur centre. Nous avons remarqué que les gestionnaires ont eu à leur 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 » Les procédures décrites ci-dessus ont été mises en place, cependant, considérant la situation de la pandémie de COVID-19, les audits des unités de mesure n'ont pas été effectués au cours de cette année. Une évaluation est prévue lors de l'audit 2020-2021.		X	
2.3 6307 – Services de santé courants (Shawville) Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que le centre d'activités des services courants comptabilisait les patients se présentant à deux reprises dans une même journée pour le même problème comme visites différentes. Ceci est contraire au manuel de gestion financière qui indique que si l'utilisateur 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 effectuée depuis le 1er avril 2019. Le gestionnaire du Pontiac a avisé directement les infirmières des services courants au CLSC de Mansfield au début avril 2019 par le biais d'une note de service. Une clarification du MGF a été prodiguée aux différents gestionnaires du centre d'activités 6307 à la rencontre de gestion de mai 2019. Ces gestionnaires sont responsables de tous les CLSC du CISSS.		X	

			Une rencontre a eu lieu entre les gestionnaires du centre d'activité et les responsables de l'application I-CLSC pour précision du cadre réglementaire le 21 juin 2019. Ces gestionnaires sont responsables de tous les CLSC du CISSS. Les procédures décrites ci-dessus ont été mises en place, cependant, considérant la situation de la pandémie de COVID-19, les audits des unités de mesure n'ont pas été effectués au cours de cette année. Une évaluation est prévue lors de l'audit 2020-2021.			
2.4 7703 - Fonctionnement des installations Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que le centre d'activités n'avait pas mis en place un processus pour mesurer le volume en mètres cubes cohérent avec le manuel de gestion financière où le mètre cube est calculé en incluant l'épaisseur des planchers. Ceci résulte en une sous-estimation non chiffrée du nombre de mètres cubes de l'établissement. Nous vous recommandons de mettre en place un processus pour mesurer précisément les mètres cubes des différentes installations du CISSS de l'Outaouais.	2017-18	O	Un processus est en cours afin de pouvoir faire les suivis énergétiques des installations. Des indicateurs de suivis et performances en résulteront, donc dans le processus de l'établissement de ceux-ci, la révision complète de la méthode du calcul des mètres cubes sera faite pour chacune des installations dont le CISSSO est propriétaire.		X	
2.5 Compilation des unités statistiques Nous avons remarqué lors de l'audit sur les unités de mesure que certains centres d'activités comptabilisent leurs statistiques seulement en fin d'année dans le système d'information financière. L'information sur la performance des centres d'activités est donc moins facilement accessible tout au long de l'année et augmente la charge de travail en fin d'année financière et du même coup, le risque d'erreur.	2018-19	O	La comptabilité travaille sur un outil qui harmonisera les feuilles de travail servant à la compilation des unités de mesure. Actuellement, nous utilisons des feuilles de travail distinctes par installation. L'absence d'une ressource a retardé les travaux. Ceux-ci se poursuivront en 2020-2021 en vue du déploiement.		X	

exercice terminé le 31 mars 2020

Nous vous recommandons de comptabiliser les unités statistiques de façon périodique.						
2.6 Formation des gestionnaires 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 utiliser ces logiciels. Ceci augmente considérablement le risque d'erreur lors de la compilation et conséquemment l'évaluation de la performance financière du centre ne sera pas représentative de la réalité. Nous vous suggérons de poursuivre le processus entamé d'amélioration continue et de formation des gestionnaires pour les unités de mesure et de réitérer l'importance de cette compilation.	2018-19	O	Un nouveau processus de formation des gestionnaires est en cours : - Chaque AGF doit rencontrer ses gestionnaires pour les former sur les unités de mesure de leurs unités administratives selon le MGF. Les points qui seront abordés seront: la connaissance de l'UDM, la compréhension, logiciels de compilation utilisés, période de transmission et approbation des rapports. - Un tableau de suivi des rencontres devra être complété par les AGF pour formaliser le processus et indiquer les commentaires nécessaires. - Vulgarisation de l'audit des UDM en février et mars 2020 dans les comités de direction. Des rencontres sont prévues avec la DQEPE pour la qualité de la donnée et l'implantation de procédures pour formaliser le processus.			X
2.7 Approbation des rapports statistiques Nous avons remarqué lors de l'audit sur les unités de mesure que plusieurs établissements ne font pas revoir et/ou approuver les rapports de compilation par les responsables de service avant de faire parvenir les unités compilées au service des finances pour inscription à l'AS-471. Ceci augmente le risque que les unités compilées soient erronées puisque les responsables de services sont les personnes les mieux informés des changements, s'il y a lieu, dans les unités de mesure sous leur responsabilité.	2018-19	O	Des suivis ont débuté avec la DQEPE pour entamer le processus d'autorisation des rapports statistiques ICLSC. Un projet de procédure est en cours par la DQEPE en collaboration avec la DRF. Pour les autres unités de mesure, un projet Unité de mesure est actuellement en cours par la DRF en collaboration avec la DQEPE. Dans le cadre de ce projet, la coordonnatrice aux opérations financières fait actuellement le tour des comités de gestion de janvier à avril 2020 pour vulgariser l'audit			X

exercice terminé le 31 mars 2020

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.			des unités de mesure et les sensibiliser fortement à signer les rapports statistiques périodiques ainsi que le rapport global qui sera envoyé par la comptabilité.			
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 2020 et 2019 n'ont pas été déterminées.	2019-20	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 la Société québécoise des infrastructures devient en mesure d'établir les montants en cause pour chacun des établissements.			X
3.2 Étant donné le formulaire prescrit, les frais reportés liés à la dette, d'un montant de 2 054 259 \$ pour l'exercice terminé le 31 mars 2020 (2 032 604 \$ en 2019), ne sont pas présentés en diminution de la dette; mais plutôt présentés comme « autres actifs ».	2019-20	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 ses directives.			X
3.3 Les postes revenus de subvention MSSS et débiteurs - MSSS sont sous-évalués d'un montant de 2 646 999 \$ au 31 mars 2020, car les sommes à recevoir pour les hausses de dépenses en médicaments provenant du ministère ont été confirmées tardivement par le MSSS.	2019-20	C	Cette sous-évaluation du compte à recevoir est due au fait que le CISSS de l'Outaouais n'a pas reçu les confirmations du MSSS pour les comptes à recevoir au moment de la production de ses états financiers. Ceux-ci ont été reçus après la production des états financiers en raison de la situation exceptionnelle de la pandémie de COVID-19.			X

10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Il n'y a eu aucun acte répréhensible de divulgué dans le CISSS de l'Outaouais pour l'année 2019-2020.

11. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais reconnaît 154 organismes communautaires. Cent trente-six 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 2018-2019 et 2019-2020.

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

Subvention PSOC accordée à chacun des organismes sur une base comparative 2018-2019 et 2019-2020

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	Montant alloué 2018-2019	TOTAL MG 2019-2020
Académie des retraités de l'Outaouais	47 152 \$	48 001 \$
Action-Quartiers	64 191 \$	65 346 \$
Adojeune inc.	681 758 \$	705 479 \$
Aidants unis pour recréer ensemble des soutiens	22 261 \$	22 662 \$
Albatros Vallée-de-la-Gatineau (Maniwaki)	6 331 \$	6 445 \$
Alliance alimentaire Papineau	23 373 \$	73 243 \$
Antre-Hulloises inc.	196 512 \$	211 498 \$
Arche Agapè inc.	489 911 \$	510 178 \$
Association des femmes immigrantes de l'Outaouais	94 291 \$	94 291 \$
Association des neurotraumatisés - Région de l'Outaouais	75 459 \$	98 266 \$
Association des personnes vivant avec la douleur chronique	85 045 \$	98 025 \$
Association pour l'intégration communautaire de la Vallée de la Gatineau "La Lanterne"	98 736 \$	98 736 \$
Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais	567 363 \$	589 025 \$
Association pour personnes exceptionnelles de Papineau inc.	59 834 \$	77 283 \$
Association pour Personnes Handicapées de Papineau	65 012 \$	83 631 \$
Association Répit Communautaire	108 397 \$	127 858 \$
Atelier de formation socioprofessionnelle de la Petite Nation	157 712 \$	160 551 \$
Avenue des Jeunes	670 512 \$	694 030 \$

Banque Alimentaire de la Petite Nation	54 846 \$	65 000 \$
Bouffe-Pontiac	85 060 \$	98 040 \$
Bureau régional d'action SIDA (Outaouais)	507 277 \$	516 408 \$
C.A.P. Santé Outaouais (Centre d'activités promotionnelles)	203 119 \$	218 224 \$
Campus 3	222 847 \$	226 858 \$
Centre alimentaire Aylmer	92 130 \$	118 343 \$
Centre d'action bénévole "A C C E S"	137 842 \$	161 772 \$
Centre d'action bénévole de Hull	195 311 \$	210 276 \$
Centre d'action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre	250 473 \$	266 431 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Vallée-de-la-Gatineau	114 184 \$	127 688 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles-Outaouais	343 239 \$	360 866 \$
Centre de ressources Connexions	94 423 \$	107 572 \$
Centre d'entraide aux aînés	200 801 \$	215 864 \$
Centre des jeunes de Wakefield	73 055 \$	85 819 \$
Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais (Clinique des femmes de l'Outaouais)	1 010 033 \$	1 068 663 \$
Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille	313 719 \$	385 815 \$
Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais	261 219 \$	265 921 \$
Centre Inter-Section	550 842 \$	572 206 \$
Centre Intervalle Pontiac	267 817 \$	272 638 \$
Centre Jean Bosco de Maniwaki inc.	202 537 \$	227 632 \$
Centre Kogaluk	99 067 \$	112 299 \$

Centre Serge Bélair	75 711 \$	75 711 \$
Club d'âge d'or Monseigneur Martel de L'île-du-Grand-Calumet	11 785 \$	11 785 \$
Club de l'âge d'or de Fort-Coulonge, Québec	24 999 \$	24 999 \$
Comité de transport bénévole de l'Ouest du Pontiac et de Rapides-des-Joachims	34 820 \$	35 447 \$
Comité de Transport bénévole d'Otter Lake	16 883 \$	17 187 \$
Comité régional Troisième Âge Papineau	177 676 \$	192 323 \$
Comptoir St-Pierre de Fort-Coulonge inc.	23 572 \$	35 445 \$
Diabète Outaouais inc ¹		26 945 \$
Donnes-toi une chance	268 913 \$	400 991 \$
Droits-Accès de l'Outaouais	245 062 \$	249 473 \$
Entraide familiale de l'Outaouais inc.	120 149 \$	122 312 \$
Entraide-Deuil de l'Outaouais	95 606 \$	108 776 \$
Entre deux roues	46 741 \$	89 031 \$
Épilepsie Outaouais Inc.	76 693 \$	89 522 \$
Espace Outaouais inc.	185 828 \$	189 173 \$
Être et Devenir ¹		26 945 \$
Femmes de l'Outaouais ¹		26 945 \$
Grenier d'apprentissage Jacques L.Charbonneau	24 517 \$	24 958 \$
Groupe Communautaire Deschênes	73 090 \$	74 406 \$
Groupe d'entraide et de solidarité sociale pour hommes du Pontiac	46 736 \$	171 026 \$
Groupe Entre Femmes de l'Outaouais	35 598 \$	36 239 \$

Halte-Femme Haute-Gatineau	613 440 \$	624 482 \$
Itinérance zéro ¹		26 945 \$
Jeunesse Idem	46 736 \$	69 026 \$
Jeunesse sans Frontières de la Vallée de la Gatineau	97 195 \$	98 945 \$
Journal Le PORTAIL de l'Outaouais	46 736 \$	47 577 \$
La Maison Alonzo Wright	46 935 \$	64 229 \$
La Maison Unies-Vers-Femmes	713 352 \$	737 641 \$
La mie de l'entraide	54 679 \$	55 663 \$
La mie du partage ¹		9 600 \$
La Pointe aux jeunes inc.	152 711 \$	166 909 \$
La Soupière de l'Amitié de Gatineau inc.	117 743 \$	141 311 \$
La source des jeunes	74 876 \$	87 673 \$
L'Alternative Outaouais	469 647 \$	489 550 \$
L'Amicale des personnes handicapées physiques de l'Outaouais	106 442 \$	108 358 \$
L'Apogée Association pour parents et amis de la personne ayant un problème de santé mentale	308 314 \$	325 313 \$
L'Association de l'ouïe de l'Outaouais	66 721 \$	170 481 \$
L'Association pour enfants ayant des troubles d'apprentissage (Chapitre de l'Outaouais)	55 592 \$	78 945 \$
L'Association pour la prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme chez les femmes de l'Outaouais	76 222 \$	99 043 \$
L'Autre chez soi inc.	677 503 \$	701 147 \$
Le Boulev'art de la Vallée	687 810 \$	750 640 \$
Le Centre Actu-Elle	202 347 \$	217 438 \$

Le Centre d'action bénévole de Gatineau	195 783 \$	207 232 \$
Le Centre d'entraide des aînés de Buckingham	25 308 \$	25 764 \$
Le Centre d'entraide La Destinée	201 038 \$	216 106 \$
Le Centre Mechtilde	15 548 \$	754 304 \$
Le Gîte Ami	731 583 \$	955 200 \$
Le Grenier des Collines	64 505 \$	77 115 \$
Le Jardin éducatif du Pontiac	90 180 \$	103 252 \$
Le Mashado	174 344 \$	177 482 \$
Le Mont d'Or	97 918 \$	111 130 \$
L'Entourelle	677 503 \$	701 147 \$
L'entraide de la Vallée	93 974 \$	95 666 \$
L'Envol S. R. T. Service de retour au travail	77 829 \$	90 679 \$
L'Équipe des bénévoles de la Haute-Gatineau	126 493 \$	128 770 \$
Les ami(e)s du manoir St-Joseph	49 592 \$	61 934 \$
Les Apprentis (Centre d'apprentissage pour la déficience intellectuelle)	178 913 \$	193 582 \$
Les Grands-Frères et Grandes-Sœurs de l'Outaouais inc.	47 106 \$	47 954 \$
Les Habitations Nouveau Départ	279 170 \$	305 644 \$
Les Habitations partagées de l'Outaouais inc.	143 106 \$	157 131 \$
Les Maisons des jeunes du Pontiac	242 000 \$	257 805 \$
Les Oeuvres Isidore Ostiguy	70 569 \$	123 288 \$
L'Impact - Rivière Gatineau	192 255 \$	270 716 \$

Logement intégré de Hull inc.	884 678 \$	912 060 \$
M-Ado jeunes	172 367 \$	186 919 \$
Maison amitié de la Haute-Gatineau	373 323 \$	380 043 \$
Maison communautaire Daniel-Johnson	78 024 \$	79 428 \$
Maison d'accueil Mutchmore	46 736 \$	69 026 \$
Maison de jeunes Val-Jeunesse	74 876 \$	87 673 \$
Maison de l'Amitié de Hull	63 448 \$	64 590 \$
Maison de Quartier Notre-Dame	52 736 \$	74 185 \$
Maison d'Hébergement Pour Elles Des Deux Vallées	677 503 \$	701 147 \$
Maison le Ricochet	567 587 \$	577 804 \$
Maison Libère-Elles	677 515 \$	701 159 \$
Maison-Réalité inc.	792 212 \$	817 921 \$
Mani-Jeunes inc.	139 079 \$	153 031 \$
Manne de l'Île	128 088 \$	141 843 \$
Moisson Outaouais	108 855 \$	122 263 \$
Mon Chez-Nous inc.	145 780 \$	173 853 \$
Naissance-Renaissance Outaouais	145 445 \$	159 512 \$
Prévention C.É.S.A.R. Petite-Nation	316 418 \$	322 114 \$
Regroupement des clubs d'âge d'or de la Vallée-de-la-Gatineau	137 962 \$	140 445 \$
Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO)	24 333 \$	36 220 \$

S.O.S. Contact Al-To inc.	73 459 \$	86 230 \$
SAGA Jeunesse	112 550 \$	126 025 \$
Salon des jeunes de Thurso	61 870 \$	86 881 \$
Service d'accompagnement pour l'inclusion sociale S.A.I.S ¹		10 007 \$
Société Alzheimer Outaouais	548 683 \$	558 559 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Outaouais	29 391 \$	29 920 \$
Soupe populaire de Hull inc.	317 305 \$	373 465 \$
Suicide Détour	122 419 \$	142 072 \$
Table autonome des aînés des Collines	46 936 \$	47 781 \$
Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais	123 907 \$	137 586 \$
Tel-Aide Outaouais	137 602 \$	151 528 \$
Trait d'Union Outaouais inc.	611 562 \$	622 570 \$
Transport de l'âge d'or de Campbell's Bay inc.	21 102 \$	21 482 \$
Voix et Solidarité des Aidants Naturels de la Vallée de la Gatineau	22 743 \$	33 588 \$
Total	26 604 282 \$	29 940 268 \$

¹ Six (6) organismes nouvellement reconnus obtenant un premier financement pour le soutien à la mission globale.

ANNEXE – Code d'éthique et de déontologie des administrateurs



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

Émis par : Conseil d'administration

Adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016

En vigueur le 20 juin 2019

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	98
Section 1.....	99
1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	99
1.1 Objectifs généraux	99
1.2 Fondement légal	99
1.3 Définitions	100
1.4 Champ d'application	101
1.5 Disposition finale.....	101
1.6 Diffusion	101
2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	102
2.1 Principes d'éthique	102
2.2 Règles de déontologie.....	102
2.2.1 Disponibilité et compétence	103
2.2.2 Respect et loyauté	103
2.2.3 Impartialité.....	103
2.2.4 Transparence	103
2.2.5 Discrétion et confidentialité	103
2.2.6 Considérations politiques	104
2.2.7 Relations publiques.....	104
2.2.8 Charge publique	104
2.2.9 Biens et services de l'établissement	104
2.2.10 Avantages et cadeaux	104
2.2.11 Interventions inappropriées	104
3. CONFLIT D'INTÉRÊTS	105
4. APPLICATION	107
4.1 Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des membres Conseil d'admin.	107
4.2 Comité de gouvernance et d'éthique	107
4.3 Comité d'examen <i>ad hoc</i>	108
4.4 Processus visant à adresser un manquement à l'égard des règles de déontologie.....	108
4.5 Processus disciplinaire	109
4.6 Notion d'indépendance	111
4.7 Obligations en fin du mandat	111
 Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	 114
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	115
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	115

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	117
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	118
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	119

PRÉAMBULE

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

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

Section 1

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Objectifs généraux

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

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

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

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

1.2 Fondement légal

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

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

1.3 Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne indépendante : telle que définie à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière,

commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances².

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

1.4 Champ d'application

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

1.5 Disposition finale

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

1.6 Diffusion

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

² BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

Section 2

2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

2.1 Principes d'éthique

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

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

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

2.2 Règles de déontologie

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

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

2.2.1 Disponibilité et compétence

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

2.2.2 Respect et loyauté

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

2.2.3 Impartialité

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

2.2.4 Transparence

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

2.2.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la

confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.

- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

•

2.2.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

2.2.7 Relations publiques

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

2.2.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique 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.

2.2.9 Biens et services de l'établissement

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

2.2.10 Avantages et cadeaux

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

2.2.11 Interventions inappropriées

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

Section 3

3. CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 3.1** Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 3.2** Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un membre du conseil d'administration par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.
- 3.3** Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 3.4** Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui/leur permet(tent) pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
- 3.5** Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

- 3.6** Le membre qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 3.7** La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nul, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4

4. APPLICATION

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

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

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

4.2 Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

4.3 Comité d'examen *ad hoc*

- 4.3.1** Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.
- 4.3.2** Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.
- 4.3.3** Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :
- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
 - b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
 - c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.
- 4.3.4** La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.
- 4.3.5** Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

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

- 4.4.1** Lorsque le rendement d'un membre ne correspond pas aux attentes évoquées dans les Règles de déontologie au point 8 du présent Code, mais qu'il n'y a pas de manquement formel concernant un devoir ou une obligation prévue au même Code, un processus visant à adresser un manquement à l'égard des règles de déontologie est mis en place.
- 4.4.2** Le président du comité de gouvernance et d'éthique et le président du conseil d'administration sont alors avisés et décident entre eux de la personne qui poursuivra les interventions dans le dossier.
- 4.4.3** Une première intervention personnalisée et confidentielle est faite par le président du conseil d'administration, ou le président du comité de gouvernance et d'éthique afin de déterminer les causes potentielles de cette baisse d'efficacité. Des mesures d'amélioration doivent alors être prises.

- 4.4.4** Une deuxième intervention confidentielle doit suivre dans les 120 jours, afin d'évaluer l'efficacité des mesures. Si la situation n'a pas été corrigée, le président du conseil d'administration ou du comité de gouvernance et d'éthique doit déposer un compte-rendu écrit au comité de gouvernance et d'éthique qui pourra, s'il le juge pertinent, démarrer un processus disciplinaire.

4.5 Processus disciplinaire

- 4.5.1** Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 4.5.2** Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.
- 4.5.3** Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.
- 4.5.4** Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.
- 4.5.5** Tout membre du comité d'examen *ad hoc* qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- 4.5.6** Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen *ad hoc*, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

- 4.5.7** Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 4.5.8** Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) un état des faits reprochés;
 - b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
 - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
 - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 4.5.9** Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- 4.5.10** Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 4.5.11** Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le ministre, selon la gravité du manquement.
- 4.5.12** Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 4.5.13** Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

4.6 Notion d'indépendance

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

4.7 Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

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

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

www.cisss-outaouais.gouv.qc.ca

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

Québec

